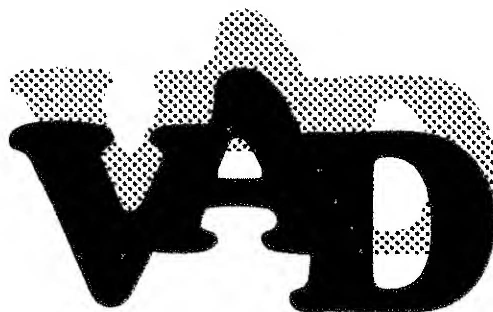
PSYCHOTHERAPIE EN ALKOHOLISME

Redaktie: L. Taccoen
Met bijdragen van: G. Pype
Dr. M. Hebbrecht
G. Verbruggen
J.P. Broothaerts

VAD-uitgave nr. 7, 1992

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen Papenvest, 78 1000 Brussel 02/511.08.51



Geert PYPE
Klinisch psycholoog
St.-Jozefskliniek
Pittem

Dr. Marc HEBBRECHT
Psychiater
P.Z. Sancta Maria
St.-Truiden

Guy VERBRUGGEN
Klinisch psycholoog
P.Z. Sancta Maria
St.-Truiden

J.P. BROOTHAERTS
Klinisch psycholoog
Primavera
Brussel

Luc TACCOEN
Klinisch psycholoog
P.Z. Broeders Alexianen
Tienen

CLIENT-CENTERED PSYCHOTHERAPIE BIJ ONTWENNING: EEN SPECIFIEKE BENADERING

Geert PYPE

INLEIDING

Toen ik 20 jaar terug als jonge psychotherapeut in kontakt kwam met verslaafden stond ik voor een komplekse uitdaging: hoe het welwillend luisteren van de client-centered therapeut verzoenen met de ambivalente, vaak rivaliserende houding van deze kliënten?
Deze tekst is dan ook vooral de weergave van een poging tot integratie van twee belevingswerelden. Het gaat over gedachten en houdingen die de achtergrond vormen van mijn therapeutisch handelen met verslaafden.

Achtereenvolgens komen aan bod:

1. De zelfaktualisatie
2. Het eigen ritme van ervaren
3. Het authentische Ik
4. Het droom-Ik

1. DE ZELFAKTUALISATIE

1.1. Een utopische mensvisie

De client-centered therapie wordt soms gerangschikt onder de grote noemer van de Ik-psychologieën. Niet helemaal ten onrechte. Een belangrijk deel van het therapeutisch werk bestaat erin de voorwaarden aan te brengen waardoor de persoon volledig tot ontplooiing kan komen. Rogers is ervan overtuigd dat ieder individu de natuurlijke mogelijkheden in zich draagt om te groeien tot een "fully functioning person", voor zover de omstandigheden niet belemmerend zijn (Rogers, 1950 en 1957). In zijn oorspronkelijk mensbeeld meent hij dat de persoon de intrinsieke potentialiteiten bezit om in elk levensstadium een autonome en kreatieve levensmanier te vinden. M.a.w. een bevredigend en gelukkig leven ligt steeds binnen eenieders bereik. Er zijn naderhand veel bedenkingen gemaakt bij deze mensvisie en niet het minst door de client-centered therapeuten zelf. Rogers blijkt erg beïnvloed te zijn door zijn omgeving. In het na-oorlogse Noord-Amerika immers leken er geen grenzen te zijn aan de menselijke ontwikkeling en men ging ervan uit dat het individueel "kunnen" haast onbeperkt was. Europese invloeden en zeker ook de maatschappelijke en ekonomische mislukkingen in de V.S. zelf (o.a. het "Vietnam-debâcle") hebben geleid tot de vorming van een meer genuanceerd mensbeeld. Iedere persoon bevat mogelijkheden tot groei en ontwikkeling, maar tegelijk zijn er beperkingen en onvrijheden die zijn groei blijvend bepalen. Met H. Wijngaarden (1984) kunnen wij het eens zijn wanneer hij zegt dat de client-centered therapeut helpt om het persoonlijke kader te zien waarbinnen iemand leert én zijn potentialiteiten te ontwikkelen én zijn beperktheden te aanvaarden.

De "fully functioning person" moet eerder als een persoonlijke utopie gesteld dan als een werkelijk te bereiken doel.
Toch blijft het kenmerkend voor de client-centered therapeut dat hij blijft geloven in de uniciteit van iedere persoon. Het is de bewuste beleving van deze uniciteit die meebrengt dat men zijn leven als zinvol ervaart. De drang naar uniciteit vertaalt zich ondermeer in het zoeken van persoonlijke kontakten met de medemens, het realizeren van eigen kreatieve prestaties, en het alsmaar gedifferentieerder en komplekser worden van het zelfbeeld.

1.2. De zelfervaring van de verslaafde

Bij aanvang van zijn ontwenning wordt de kliënt gekonfronteerd met een verbrokkeld en gehavend zelfbeeld. Van het unieke bouwwerk dat zijn persoonlijkheid was of had kunnen zijn, vindt hij slechts een ruïne terug met in het beste geval enkele gaaf gebleven overblijfselen. Chaos en ondoorzichtelijkheid. Daarenboven ook sterk gekleurd door een negatief zelfgevoelen en zelfbeoordeling. Deze negatieve zelfervaring heeft verschillende bronnen, o.a. de eigen schuld- en insufficiëntiegevoelens, het gedefinieerd worden door de omgeving als de zwakkeling, de zieke of de hulpeloze en het eigen besef nog te hervallen en te falen in zijn projekten. Meer fundamenteel blijkt de kliënt vaak geteisterd door een sterke ambivalentie tussen het willen zelfstandig zijn en de reële afhankelijkheid van de anderen. Momenten van zelfverheerlijking wisselen af met een intense behoefte aan kontakt en bevestiging. Extreme vormen van zelfbevestiging en van isolering alterneren met extreme vormen van kontakt zoeken en beslag leggen op anderen.

1.3. Hoop op uniciteit

Hoop geven aan de kliënt op een nieuwe uniciteit is een uitdaging voor de client-centered therapeut. Samen zoekt hij met de kliënt hoe deze het leven meer zinvol kan ervaren. Voor de ex-verslaafde komt het er op de eerste plaats op neer een evenwicht te vinden tussen de betrokkenheid op zichzelf en de openheid naar de anderen. Er dient een evolutie te gebeuren van de extreme ambivalente posities van egotripperij versus afhankelijkheid naar een kostruktieve interaktie tussen het Ik en de omgeving. Deze ontwikkeling is natuurlijk nooit geheel af. De zelfaktualisatie is een kontinu proces van toenemende individuatie en toenemende socialisatie. Het positief gedrag kan begrepen worden als een kompleks proces van enerzijds zich kunnen afsluiten en beïnvloeden, anderzijds zich kunnen openen en zich aanpassen. Dit geldt zowel voor de interaktie met de uitwendige realiteit als voor de omgang met de eigen innerlijke ervaring (O. De Haas, 1984).

1.4. In de praktijk

In de praktijk betekent dit dat er in de individuele en de groepssessies veel aandacht gaat naar de positieve zelfervaring.
Zo bied ik de volgende themata aan:
a. het vertalen van schuld- en schaamtegevoelens, piekergedrag en faalangst in konstruktieve ak-

tiviteiten en kontakten.

b. het bewust worden dat het territorium de konkrete neerslag is van zijn identiteit in de psycho-sociale werkelijkheid en het zoeken naar groeipolen ervan.

c. het zelfbeeld is ook erg onderhevig aan de feedback van de sociale omgeving. Abstinent gedrag garandeert een meer positieve feedback en het verhoogt de zogenaamde sociale wenselijkheid en de appreciatie door de groep (Hayter, (1989).

2. RESPEKT VOOR HET EIGEN RITME VAN ERVAREN

2.1. De non-direktiviteit en het ervaringsproces

De non-direktiviteit is één van de drie basishandelingen die fundamenteel worden geacht voor een werkzame therapeutische relatie (Rogers, 1957). De client-centered therapeut stelt de direkte ervaringswereld van de kliënt en diens beleving ervan centraal. Daarbij heeft hij een wezenlijk respekt voor het eigen ritme van het aktuele ervaren en van het ritme van het verdere ervaringsproces. Wanneer een kliënt zich aanbiedt bij de therapeut, maakt deze zichzelf zoveel mogelijk ontvankelijk voor zijn kliënt. M.a.w. hij maakt niet alleen zijn tijd en zijn ruimte vrij voor de kliënt maar hij maakt ook zijn gedachten en zijn ervaren vrij voor hem. Het is deze houding van aktieve ontvankelijkheid en van beschikbaar zijn die aan de kliënt toelaat in kontakt te komen met wat er op dat moment gebeurt in zijn ervaringsproces. De non-direktieve houding van de therapeut staat als het ware model voor de kliënt. Door volledig open en ontvankelijk te luisteren en door aan de kliënt over te laten wat er in het therapeutisch moment kan gebeuren voelt de kliënt zich vaak voor het eerst echt gehoord en voelt hij zich als persoon echt belangrijk. Dit gevoel van gewaardeerd te worden zoals hij nu is, laat hem toe zelf dichter bij zijn aktuele ervaring te komen. De non-direktieve sfeer bevrijdt het individuele ervaringsproces van een extern "moeten". Op deze manier komt men er toe te begrijpen wat er echt gebeurt. Zich echt gehoord voelend door de therapeut, leert de kliënt terug naar zichzelf te luisteren (Rombauts, 1984).

2.2. Behoeftenbevrediging en alkoholgebruik in onze maatschappij

Het individueel funktioneren wordt door een aantal recente ontwikkelingen van de maatschappij fel onder druk gezet. Externe normen en waarden reguleren het persoonlijk ervaren en in een erg wisselend en snel evoluerend levenskader wordt het individueel tempo nog nauwelijks gerespekteerd.

Kenmerkend, o.a. voor het aktueel gedragspatroon, is het steeds korter worden in de tijd van de S.O.R.-keten. Het tijdsverloop tussen het ontstaan van een behoefte en de bevrediging ervan wordt steeds korter. Het snel toegenomen belang van de computer in het dagelijks leven, de perfektie van de kommunikatiemiddelen en de gemakkelijke beschikbaarheid van vele materiële goederen zijn hiervoor grotendeels verantwoordelijk te noemen. Het leren uitstellen van de behoeftenbevrediging en het omgaan met de daaraan verbonden spanning gebeurt steeds minder Het ontbreken van een latentiefase tussen S en R vormt een gunstige konditie voor het gebruik van alkohol in onbevredigdende situaties. De inname van alkohol reduceert op snelle wijze de

spanning en dit "bevredigingsgedrag" is analoog aan het habituele patroon van snelle behoeftenbevrediging (Johnston, 1989).

Eveneens kenmerkend is de verhoogde performantiedruk in onze samenleving. Prestatiegerichtheid en ekonomisch sukses bepalen sterk de plaats van het individu op de ladder van de sociale waardering. Het excessief presteren leidt onvermijdelijk tot een excessieve behoefte aan ontspanning, waarbij alkohol (cfr. het typische weekenddrinken bij kaders en zelfstandigen) vaak gebruikt wordt als middel dat onmiddellijke en massale ontspanning verwekt. Een gelijkaardig voorbeeld vinden we bij het gebruik van cocaïne door de Yuppies in de U.S.A. Cocaïne werkt stimulerend en geestesverruimend en het faciliteert zodoende het kontinu funktioneren op topniveau. Men geraakt evenwel gauw vast in een slingerbeweging van extreme gedragingen. Overdreven performantie leidt tot sterke psychische spanning met een sterke behoefte aan ontspanning. Een te grote ontspanning leidt algauw tot gevoelens van onwel-zijn en van schuld met als gevolg opnieuw een verhoging van de performantiedruk.

2.3. De situatie van de verslaafde kliënt

In de huidige maatschappij is de kans reëel dat men vervreemt van zijn eigen individueel ervaringsproces. O.a. door bovengenoemde externe faktoren wordt er een wig gedreven tussen het werkelijke ervaringsniveau en het ideale funktioneren. De afstand tussen het ideaal-Ik en het werkelijke-Ik is permanent hoog en veroorzaakt een moeilijk te dragen spanning. Ook bestaat de tendens om behoeftetoestanden onmiddellijk en massaal op te lossen. De moderne levenskultuur levert dus een ideale voedingsbodem voor het gebruik van alkohol, een middel dat snel en massaal spanning reduceert.
Bovengenoemde maatschappelijke patronen kunnen in belangrijke mate gelijkaardige gedragspatronen bij de individuele alkoholist versterken. Inname van alkohol geeft niet alleen een angst- en spanningsreducerend effekt, het verhoogt ook het persoonlijk machtsgevoel (Mc Clelland, 1972). M.a.w. het regelmatig excessief gebruiken van alkohol leidt tot een gemoedstoestand waarbij periodes van zelfoverschatting alterneren met periodes van zelfdepreciatie en faalangst. De verwachtingen van het Ik zijn zelden reëel: ofwel leeft men met het te hoog aspiratieniveau van het geïdealiseerde Ik, ofwel vervalt men in de nihilistische houding van het falende Ik. Vaak zit de alkoholist gevangen in deze extreme posities en komt hij niet tot daadwerkelijke realisatie van projekten. Hij heeft angst om te falen, hij vlucht in schijnrealisaties, hij blijft zich gefrustreerd voelen en hij groeit verder weg van zijn reële Ik.
De polarisering van het Ik wordt ook in de hand gewerkt door de ambivalente houding van de omgeving. Soms gaat men mee in de verwachting van de alkoholist dat hij niet zal hervallen en dat alle problemen gauw kunnen opgelost worden.
Soms, na weer een mislukking, wil men hem liever voorgoed de rug toekeren. Door deze houding kunnen de familieleden en de signifikante anderen de steriele slingerbeweging tussen de twee extreme posities van Ik nog versterken.

2.4. Non-direktiviteit en de reële Ik-positie

Ook de therapeut dient op te letten niet in de ambivalente posities van de kliënt verstrikt te geraken. Want ook de psychotherapeut ondergaat de sociale druk om snel en suksesrijk te

performeren. Het is erg verleidelijk om mee te gaan in de geïdealiseerde Ik-positie van zijn kliënt: voorgoed komaf maken met het excessief drinken, terug aan het werk, de relaties herstellen, weerbaar worden in het sociale verkeer, frustraties aankunnen ... De therapeut beschikt over een indrukwekkend arsenaal van technieken om op korte tijd allerlei funktionele vaardigheden aan te leren aan zijn kliënt: assertiviteitstraining, frustratietraining, kommunikatietraining ... Het aanbieden van nieuwe middelen zonder uit de bestaande ambivalentie te treden tussen het geïdealiseerde Ik en het falende Ik, houden de kliënt én de therapeut in een valstrik. Weliswaar is de kliënt blij met een aktieve en op performantiegerichte therapie en zeker voldoet men ook aan de aspiraties van de familieleden die zo gauw mogelijk een "gezonde" en goed funktionerende persoon terug willen. Het opnieuw falen leert ons evenwel dat het maar om een schijnaanpassing gaat.
De kliënt blijkt de hoge verwachtingen niet aan te kunnen, ook niet deze van het nuchter blijven en hij keert terug naar de positie van het falende Ik. Opeenvolgende mislukkingen doen mogelijks ook de therapeut de moed verliezen en mogelijks laat hij zich verleiden mede in de positie van het falende Ik te gaan staan.
Wil de therapeutische begeleiding lukken, dan dienen zowel de kliënt als de therapeut uit de steriele en uitputtende strijd te geraken tussen het geïdealiseerde Ik en de falende Ik. Non-direktiviteit betekent dat de therapeut niet meegaat met de eisen van het geïdealiseerde Ik. Non-direktiviteit betekent wel een positieve solidariteit met het reële Ik van de kliënt. Het wordt een langdurig zoeken waarbij men zich leert ontdoen van allerlei "moeten" en "idealen". Een leerproces dat ook het aanvaarden van het falen en het verwerken van het verdriet inhoudt. Het terugvinden van zijn reële Ik heeft te maken met het leren waarde hechten aan zijn eigen kunnen en zijn eigen ritme. De valorisatie van het persoonlijk ritme en de persoonlijke waarde herstellen het vertrouwen in het ervaringsproces. Vertrekkende vanuit het reële ervaringsproces herstelt zich de konstruktieve interaktie tussen het individu en de omgeving.

3. HET AUTHENTISCHE IK

3.1. Het dominante verslaafde Ik

De persoon realiseert zichzelf o.a. door bepaalde rollen en funkties te vervullen in de omgeving. M.a.w. de zelfrealisatie verloopt via het innemen van konkrete territoria in de realiteit. Zo kan men funktioneren als partner in de relatie, als ouder in het gezin, als kollega op het kantoor, ... In termen van het "Ik" kunnen we zeggen dat er verschillende "Ikken" zijn voor zover we in verschillende territoria funktioneren. Het gaat telkens om andere bestaanswijzen van het Ik die elk een zekere eigen funktie hebben met specifieke kenmerken en gedragsstijlen.
Wij zijn dus als het ware verschillende personen. En toch zijn we één persoon. Want er is een Ik dat alle afzonderlijke personen in ons overstijgt. We noemen dit "authentische" Ik. Het integreert alle "deel-Ikken" en het geeft een eenheidsgevoel aan ons ervaren in de voortdurend andere realiteiten.
Het authentische Ik regelt dat essentiële behoeften van de persoon voldoende aan bod komen en het zorgt voor een evenwichtige ontplooiing van alle aspekten van de persoonlijkheid. Wanneer iemand langdurig excessief drinkt, ontwikkelt er zich een "drinkend-Ik", d.i. de gedragsstijl die men zich aanmeet in een periode van excessief gebruik.
In het vakjargon wordt vaak gesproken over de secundaire persoonlijkheid of het schijn-Ik.

Naarmate immers de verslaving vordert, wordt het drinkende-Ik dominanter en palmt het andere aspekten van het Ik in. Daarenboven gebeurt er een verstoring van het kontakt met het authentische Ik d.m.v. verschillende ontkennings- en defensiemekanismen. Zo geraakt de verslaafde persoon geleidelijk meer vervreemd van zijn authentische ervaringen en zo geraakt de authentische persoonlijkheid zelf steeds meer in verdrukking.

3.2. Empathie als vehikel voor het authentisch ervaren

Empathie staat centraal in de client-centered therapie. "Het begrijpend nabij zijn bij de kliënt, het zo intens mogelijk voeling houden met zijn beleving, lijkt wel de voornaamste taak van de client-centered therapie" (Rombauts, 1984). De empathische houding van de therapeut schept het klimaat waarbij het authentisch ervaren van de kliënt naar boven kan komen. Zo kan de kliënt zelf terug in kontakt komen met zijn authentische Ik. In de loop van de jaren werd het begrip empathie gespecifieerd en gekonkretiseerd. Empathisch luisteren is geen passief of neutraal gebeuren, maar het is een geëngageerde betrokkenheid, zowel cognitief als emotioneel. Het vereist intellektuele luciditeit, het gaat gepaard met ontroering en het biedt een veilige steun.
Carkhuff en Berenson (1967) zien de therapeut als een aktieve medespeler die zeer konkreet en konfronterend tussenkomst. En Gendlin (1981) werkte een methode uit om sneller bij het onmiddellijke ervaren te komen. Hij vraagt de kliënt zich te koncentreren op een precies aspekt van zijn ervaring. Gebruik makend van de daarbij opkomende beelden en van de lichamelijke sensaties lukt de kliënt erin dichter bij zijn authentisch Ik te komen.

3.3. Empathie in het werken met verslaafden

Empathie in het werken met verslaafden vraagt een nog meer bijzondere aandacht en inzet van de therapeut. Immers het authentische Ik heeft zich ver teruggetrokken en bovendien biedt het drinkend Ik vaak een hardnekkige weerstand. Het cognitief reflekteren van ervaringen en het affektief zich afstemmen op de beleving, blijven vaak onvoldoende om het kontakt met het authentisch ervaren te herstellen. Jarenlang isolement en passiviteit hebben de dragende en kreatieve funkties van het Ik zodanig verzwakt dat het diepere ervaringsproces (nog) niet kan bestaan. De therapeut zal verder moeten gaan dan aktief en geïnteresseerd luisteraar. Hij zal de kliënt duidelijk moeten maken dat hij resoluut partij kiest voor het gezonde en kreatieve Ik. Bewogenheid en solidariteit met het authentische Ik gedurende langere tijd blijken een noodzakelijke voorwaarde opdat het ervaringsproces vanuit zichzelf een blijvende konstruktieve wending neemt.
Empathie in het werken met verslaafden is een zeer komplekse houding waarbij het "maternal holding" (Winnicott, 1965) en het "affective attunement" (Stern, 1985) onvoldoende zijn. Verslaafden vragen ook een duidelijke solidariteit met hun herboren Ik. Het uitdrukken van deze solidariteit kan gebeuren op verscheidene manieren. Op de eerste plaats belangrijk blijkt de verhoogde zelfexpressie van de therapeut, vooral in de zin dat men gevoelens van de kliënt herkent en dat men zelf analoge ervaringen heeft. In haar studie over hoe kliënten empathie ervaren gebruikt Bachelor (1988) de uitdrukking "sharing empathy", d.i. de ervaring dat de therapeut soms ook dezelfde beleving kent. Op de tweede plaats vraagt de verslaafde kliënt vaak

konkrete adviezen en direktieve steun. In de beginfaze van de psychotherapeutische begeleiding is een direktieve en strukturerende houding van de therapeut noodzakelijk opdat de kliënt zich voldoende veilig en vertrouwd kan voelen. Dit wordt ook bevestigd in een recente studie van Jones et al. (1988). Ernstig gestoorde kliënten vragen vooral veel "support" en "reasure" in tegenstelling met weinig gestoorde kliënten die meer belang hechten aan "interpretation" en "challenge". In den beginne heeft de client-centered therapeut aldus veel aandacht voor ondersteunende en strukturerende aspekten van empathie. Hij treedt als het ware ook op als "ouder" en als "leraar" voor zijn kliënt.
Tenslotte biedt het psychodrama een interessante manier om te werken met de verschillende ervaringsniveaus. De kliënt neemt achtereenvolgens verschillende Ik-posities in en hij kommunikeert daarbij telkens met de overige delen van het Ik. Zo kan er bijvoorbeeld een boeiende interaktie gebeuren tussen het aktueel nuchtere Ik, het drinkende Ik en het vroegere niet-drinkende Ik.

4. HET DROOM-IK

4.1. De positieve funkties van alkohol

Alkohol heeft een gedrags- en ervaringsveranderende werking. Het effekt komt op de eerste plaats door de farmakologische werking die angst- en spanningsreducerend is. Maar belangrijker nog zijn de sociaal-cognitieve faktoren zoals de sociale omstandigheden en de verwachting die de drinker zelf heeft van het gebruik van alkohol. Uit zijn omvangrijk literatuuronderzoek konkludeert Schippers (1981) dat er naast het reeds genoemde (1) angst- en spanningsreducerend effekt nog een viertal positieve funkties onderscheiden kunnen worden, namelijk (2) het opwekken van een persoonlijk machtsgevoel, (3) het ontremmen en het stimuleren van het sociaal kontakt, (4) het zich identificeren met en/of het lidmaatschap verwerven van een sociaal-kulturele (sub)groep en (5) het opwekken van de rituele-sakrale roes.
In het kader van de relapse-preventie is het kruciaal dat de kliënt de betekenis van zijn drinken begrijpt. Het vinden van valabele alternatieven steunt zich op het ontdekken van de positieve funkties van alkohol.
In wat volgt gaan we nader in op de roesbeleving, een funktie wier betekenis o.i. onvoldoende bekend is en die te weinig geëxploreerd wordt in therapeutische begeleiding van alkoholisten.

4.2. De roesbeleving

Wat is er kenmerkend voor de roesbeleving? Er is o.a. de veranderende tijdsbeleving. Huxley (1971) heeft het over het "onophoudelijk heden", daar zowel het verleden met zijn gewicht aan schuldgevoelens als de toekomst met zijn eisen tot verantwoordelijkheid verdwenen zijn. Tijdens de roes verliest de ervaring het dwangkarakter, het "moeten". Men leeft dan in een wereld waar alle verlangens zich spontaan en op een perfekte wijze kunnen voltrekken. De wereld is geen tranendal meer, maar hij wordt een grenzeloze ruimte zonder beperkende strukturen en met steeds nieuwe gedroomde mogelijkheden.
De grenzen van het Ik vervangen en men wordt opgenomen in het kollektieve bestaan. Zodoende vallen niet enkel de verantwoordelijkheid en de prestatiedruk weg voor het individu, de fusie

van het Ik met de kollektiviteit verschaft ook een vergroot machts- en vrijheidsgevoel. Het individuele Ik gaat over in een Droom-Ik, het ontsnapt aan zijn banale frustraties en het kan in zijn almacht zijn verlangens realiseren. Even is men de koning in het land van utopia.
Samengevat de belangrijkste ingrediënten van de individuele roeservaring zijn: de identifikatie met het sociale (kollektieve) en het sociale (almachtige) Ik, de kontinue lustervaring en de onmiddellijke behoeftenbevrediging.

4.3. Roeservaring als existentiële behoefte

De behoefte aan evasie d.m.v. de roes mag aanzien worden als een wezenlijke menselijke behoefte. Zo oud als de mens is zijn nood om te ontsnappen aan het beperkende van het bestaan. De kontinue zorg voor zichzelf en voor de dierbaren, de onmacht tegenover de natuur en de dood, de beperkende sociale regels, de onoplosbare vragen over de zin van het bestaan zelf ... redenen te over voor de "kleine mens" om zich af en toe onder te dompelen in een gelukzalige roeservaring.
In de antropologische wetenschappen en ook in de dieptepsychologie krijgt het fenomeen veel aandacht. Freud heeft het over de fundamentele behoefte van het individu om te regresseren naar de gelukzalige moederschoot. De thanatos of de doodsdrift als antithesis van de libido uit zich o.a. door het permanent verlangen naar een ideale wereld van veilige, fusionele relaties en waar men ontdaan is van frustraties en beperkingen.
Tot in het recent verleden zorgde de samenleving voor het geregeld tot stand komen van het evasiegebeuren. Het was de maatschappij die zelf de gelegenheden tot roes door middel van feesten, rituele bijeenkomsten, kermissen ... organiseerde. Er is niet één volk te noemen dat geen kollektieve evasiemomenten zou hebben. Kenmerkend voor deze door de maatschappij georganiseerde evasie is o.a.:

1. de verbondenheid met het religieuze, de kosmos, de almachtige (het sakrale element).
2. de fusie van het individuele Ik met de kollektiviteit (het sociale element).
3. er is een evasie uit de realiteit van elke dag naar een struktuurloze diskontinue ervaringswereld maar er is tevens een duidelijke externe afbakening in tijd en ruimte. De feesten hebben allen hun verhaal (de mythen), ze worden geregeld door min of meer strikte voorschriften (de riten) en de tijdsduur en de plaats is doorgaans nauwkeurig bepaald.
4. de feesten worden regelmatig en met "voldoende" frekwentie georganiseerd.

Het sakrale en het sociale element geven aan het individu de morele toestemming voor de roeservaring, de tijd-ruimtelijke ordening maakt dat de evasie uit de realiteit toch zijn veilige grenzen blijft behouden en de regelmaat tenslotte houdt steeds het perspektief open voor een nieuwe evasie. De kollektief georganiseerde evasie is een toegelaten roes. De kollektiviteit regelt de chaos extern door o.a. begin en einde te bepalen en intern d.m.v. de verbinding met een magisch verhaal en tenslotte maakt de regelmaat der feesten de "wachttijden" overbrugbaar.

De 20ste eeuw wordt getekend door een sterke profanisering en individualisering. Zeker in het Westen moet de kollektiviteit veel van zijn draagkracht inleveren en de invloed van het sakrale wordt haast marginaal. De individuele behoefte aan evasie blijft, doch men is nu meer op zichzelf aangewezen. Het gebruik van alkohol en andere drugs treden op als substituut voor de vroegere feesten en rites. De individuele trip naar het paradijs biedt evenwel niet de veilige struktuur van de vroegere kollektieve trance.

4.4. Ontwenning en de nood aan evasie

De behoefte aan de roeservaring is niet steeds evident voor de ontwennende kliënt. De eerste weken of maanden reageert hij vaak eufoor. Tijdens de follow-up begeleiding merkte ik vaak veel weerstand tegen het bewust exploreren van de nood aan evasie en aan grenservaringen. Uit allerlei observaties blijkt evenwel hoe sterk deze behoefte bestaat. Een veel gehoorde klacht is dat men zich niet echt meer kan "laten gaan" in het sociaal gezelschap. Anderen vrezen nooit nog echt plezier te kunnen maken. Een kliënt vertelde me dat hij zich gedurende 5 jaar van alle sociaal kontakt isoleerde omdat hij zich zonder alkohol toch niet zou ontspannen voelen tussen de mensen. Sommigen blijven uitermate geïrriteerd omdat anderen wel en zij niet mogen drinken. En zien we niet frekwent dat ex-drinkers een dogmatische rigiede persoonlijkheid ontwikkelen die hun gedrag en mogelijks dat van de omgeving overmatig normeert en kontroleert? Zich echt ontspannen, de teugels loslaten, alle "moeten" opzij zetten lijkt voor de alkoholist een bijzonder moeilijke opgave te zijn. Een evasie zonder alkohol lijkt voor hen niet bereikbaar te zijn. Velen voelen zich dan ook gemarginaliseerd in de samenleving waarin veel ontspanningsmomenten onafscheidelijk verbonden zijn met het gebruik van alkohol.
De psychotherapeut kan op verschillende manieren aandacht geven aan dit probleem. Bijvoorbeeld door het exploreren van het rouwproces dat gebeurt rond het afscheid nemen van het "drinkende Ik". Men herkent gemakkelijk de opeenvolgende stadia van de angst en de verwarring, de ontkenning, het verzet en de positieve aanvaarding of de blijvende verbittering. Ook kan men bijzondere aandacht geven aan het vinden van persoonlijke vormen van intense ervaring. Frekwente sportbeoefening, intensieve ontspanning zoals autogene training en yoga, bepaalde artistieke kreaties kunnen een grensverruimende ervaring zijn. Erg belangrijk tenslotte is dat de kliënt leert omgaan met ongestruktureerde momenten en leegte-momenten. Aktief experimenteren met verveling, met ongeplande tijdsmomenten, met onverwachte wendingen, enz. zijn even belangrijk voor de relapse-preventie als het aanleren van planmatig handelen. Diskontinue ervaringen zijn analoog aan de roeservaring. Ze kunnen een positieve evasie verwekken als de klënt leert ermee om te gaan. Of ze kunnen leiden tot hervallen wanneer de kliënt het zelfvertrouwen mist om de kontrole gedeeltelijk op te geven in een ongestruktureerde situatie.

In dit specifieke terrein van de psychotherapie neemt de client-centered therapeut een bevoorrechte plaats in. Zijn grondhouding is a-dogmatisch en hij heeft een sterk geloof in de zelfwerkzaamheid van het individu. In het kontakt met de kliënt wordt hij niet gehinderd door een eigen behoefte of aangeleerde methode tot planmatig handelen noch door de skepsis dat de kliënt zijn individuele vrijheid toch nooit terug kan vinden. De client-centered therapeut wil ook dan zijn kliënt volgen wanneer deze met zijn droom-Ik marginale en excentrieke ervaringswegen bewandelt. Op deze momenten kan ik me solidair voelen met Dali als hij zegt: "La seule différence entre un fou et moi, c'est que je ne suis pas fou".

BESLUITEND

Tot zover enkele specifieke aandachtspunten in mijn werk met verslaafden. Ik heb me beperkt tot grondhoudingen en essentiële themata. Konkrete methoden zijn geëxpliciteerd in een andere tekst (Geert Pype, 1991).

Addict-centered therapie beoogt op de eerste plaats het kontakt en het vertrouwen te herstellen met het authentische Ik. Het gezond makende ervaringsproces kan dan weer de bovenhand krijgen in de ontwikkeling van de persoon.

Langdurige isolering en ontreddering hebben het authentische Ik verlamd. De psychotherapeut helpt het geblokkeerde ervaringsproces op gang te brengen. Warme affektieve bewogenheid en een solidaire ondersteuning naast specifieke aandacht voor intense en voor diskontinue ervaringen zijn wezenlijke ingrediënten voor de therapeutische relatie.

BIBLIOGRAFIE

Bachelor, A., How clients perceive therapist empathy: a content analysis of received empathy, **Psychotherapy**, 1988, 25: 227-240.

Carkhuff, R.R., en Berenson, B.G., **Beyond counseling and therapy.** N.Y., Holt, Rinehart en Winston, 1967.

Gendlin, E.T., **Focusing.** N.Y., Bantam Books, 1980.

De Haas, O., Enkele begrippen uit de Rogeriaanse therapie opnieuw bekeken. In G. Lietaer e.a. (red.), **Client Centered Psychotherapie in beweging.** Acco, Leuven, 1984, p. 41-53.

Hayter, Diane, Alcohol Concern, **Abstracts of the 34th Institute of the Prevention and Treatment of Alcoholism.** Paris, 1989.

Huxley, A., **De deuren der waarneming.** Contact, Amsterdam, 1971.

Johnston, L., Alcohol Dependence and society. **Abstracts of 34 th Institue of de Prevention and Treatment of Alcoholism.** Paris, 1989.

Jones, E.E., Cumming, J.D., Horowitz, M.J., Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness, **J. Consult. Clin. Psychology.** 1988, 56 p. 48-55.

Pype, G., **Thematische groepstherapie bij ontwenning.** In voorbereiding.

Rogers, C.R., The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, **Journal of consulting psychology.** 1957, 21, 97-103.

Rombauts, J., Empathie: actieve ontvankelijkheid. In G. Lietaer e.a. (red.), **Client-centered Psychotherapie in beweging.** Acco, Leuven, 1984, p. 167-176.

Schippers, G.M., **Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek.** Lisse, Swets en Zeitlinger, 1981.

Stern, **The Interpersonal World of the Infant.** Basic Books, 1985.

Wijngaarden, H., Client-centered therapy: een eigen identiteit? In G. Lietaer e.a. (Med.). **Client Centered Psychotherapie in beweging.** Acco, Leuven, 1984, p. 41-53.

Winnicott, H., **Maturational Processes and the Facilitating Environment.** International University Press, 1965.

ANALYTISCH GEORIENTEERDE PSYCHOTHERAPIE BIJ ALKOHOLISTEN

Dokter Marc HEBBRECHT

1. BEGRIPSOMSCHRIJVING

Willen we de aanpak van alkoholisme vanuit een psycho-analytische optiek benaderen, dan dienen we enerzijds alkoholisme nader te definiëren en anderzijds te omschrijven wat we onder psycho-analytische psychotherapie verstaan.

We vatten alkoholisme op als een kronische en progressieve ziekte welke gekenmerkt wordt door het repetitief en dwangmatig innemen van alkohol op een zodanige wijze dat dit een schadelijke weerslag heeft op één of meerdere levensaspekten: vb. gezondheid, partnerrelatie, beroepsleven, psychologisch funktioneren, sociale inschakeling.
De alkoholist gaat telkens weer opnieuw drinken in een dusdanige mate dat het nadelige gevolgen heeft voor hemzelf en zijn omgeving.
In de behandeling wordt er naar gestreefd het spontane, neerwaartse beloop te wijzigen en de patiënt te motiveren tot een zo lang mogelijke remissie. Alkoholisme kan niet als een ziekte van het individu alleen gezien worden. Er is een verstoring in de relatie tussen individu en sociale omgeving.
Op het individuele vlak noteren we een zich ontwikkelende afhankelijkheid van alkohol die op de duur leidt tot vervreemding, verlies van vrijheid, dalen van de zelfwaardering, roldysfunktie en waarschijnlijk een irreversiebele onmogelijkheid om op een veilige wijze alkohol te gebruiken. In de sociale omgeving kan men gedragingen en reakties aanwijzen welke een sociale druk tot drinken veroorzaken en welke de individuele vervreemding en afhankelijkheid in de hand werken. Zowel in het individu als in de sociale omgeving opereren mechanismen van ontkenning en minimalisering. Tot hier onze ruime begripsomschrijving van het fenomeen alkoholisme (Gitlow en Peyser, 1988).

Psycho-analytische psychotherapie is een vorm van gesprekstherapie die steunt op de psychodynamische theorie. In de meest klassieke vorm kennen we de psycho-analyse. Hierbij ligt de patiënt op de sofa, de therapeut zit achter hem. De zittingen duren gewoonlijk 45 minuten en gaan door aan de frekwentie van 3 tot 5 maal per week, meestal gedurende jaren. De patiënt (ook wel analysand genoemd) wordt uitgenodigd alles uit te spreken wat in hem opkomt: dromen, fantasieën, verlangens, ervaringen, herinneringen, zorgen, overtuigingen, ... Als basisregel geldt de vrije associatie.
De therapeut luistert, zegt weinig, geeft zelden adviezen en interpreteert als het moment er rijp voor is. De therapeut onderging een jarenlange scholing onder de vorm van een eigen leertherapie, supervisie en theoretische scholing in de psycho-analytische theorie.
Dit betekent dat hij het bestaan van het onbewuste erkent en met aandacht het krachtenspel tussen de verschillende instanties in de persoonlijkheid bestudeert. Deze instanties zijn het driftleven, het geweten, de idealen en de ik-funkties. De analyticus volgt het verhaal van de analysand en getuigt hierbij van een welwillende neutraliteit en dit bij een gelijkmatig zwevende aandacht. Tijdens de psycho-analyse wordt de geschiedenis van de persoon ontsluierd.

De analysand ontrafelt tijdens het spreken de betekenis van klachten en symptomen. De therapie mobiliseert overdrachtsverschijnselen bij de patiënt en tegenoverdrachtsverschijnselen bij de therapeut.
Weerstand en overdracht worden geduid op een ogenblik dat er niet enkel inzicht aanwezig is maar ook een hecht samenwerkingsverbond bestaat tussen therapeut en analysand. Geleidelijk aan krijgt de patiënt steeds meer inzicht in zichzelf en zijn symptomen. Het therapeutisch proces gaat gepaard met het beleven en uitdrukken van emoties. Signifikante thema's worden herhaaldelijk doorwerkt. Stilaan komt er een verandering tot stand waarbij de patiënt er veelal in slaagt zich van zijn symptomen te bevrijden.

Niet iedereen komt in aanmerking voor een klassieke psycho-analyse. De kandidaat dient over een behoorlijke psychologische sofistikatie te beschikken. Enige psychische evenwichtigheid is wenselijk. Meestal verwacht men dat de patiënt werkt, intelligent en welbespraakt is en lijdt aan een neurose.

Vanuit de klassieke psycho-analyse, ook wel "de kuur" genoemd, zijn varianten ontwikkeld. Bijvoorbeeld varianten wat het therapeutisch kader betreft; zo spreekt men over kortdurende psychodynamische psychotherapie, psycho-analytische psychotherapie, analytisch georiënteerde groeps- gezins- en echtpaartherapie, analytisch psychodrama.
Nog steeds vormen de neurosen het indikatiegebied bij uitstek voor de psycho-analyse. Stilaan heeft men specifieke psycho-analytisch getinte benaderingen ontwikkeld voor schizofrenen, patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en kinderen (Pierloot en Thiel, 1986).

2. PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE BIJ ALKOHOLISTEN: HISTORISCHE INLEIDING

We zullen nu verder ingaan op de psycho-analytische psychotherapie bij alkoholisten.

Wanneer we de geschiedenis van de psycho-analytische theorievorming rond alkoholisme onderzoeken, beginnen we met Sigmund Freud, de grondlegger van de psycho-analyse.
Freud beschouwde alkoholisten als onbehandelbaar in het klassieke kader van de kuur. Hij toonde zich weinig geïnteresseerd voor de psychopathologie van alkoholisme. Men beweert dat dit kan te maken hebben met zijn idiosyncrasie voor alkohol. Wel had Freud enige persoonlijke ervaring met verslaving: hij rookte zeer veel en heeft zelf geëxperimenteerd met cocaïne. Toch heeft Freud exemplarisch alkoholisme aangehaald om bepaalde intrapsychische mekanismen te illustreren. Freud vergelijkt bijvoorbeeld dipsomanie met dwangneurose. Hij maakte het mekanisme van de paranoïde projektie duidelijk aan de hand van het voorbeeld van de alkoholische jaloersheidswaan. In zijn "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", wordt alkoholisme vernoemd in verband met de fixatie aan de orale fase. In een later geschrift vergelijkt hij het drang-aspekt van alkoholisme met perversies en masturbatieproblemen. Hij brengt de latente homosexuele gerichtheid van de alkoholist in de aandacht. Wat de therapie van alkoholisme betreft, wijst hij op het nut van hypnose en op de preventieve waarde van de psycho-analyse. Zo kan de patiënt op grond van nieuwe, verworven inzichten kiezen niet te drinken, dus alkohol niet te gebruiken voor het oplossen van neurotische problemen. Freud meent dat een alkoholprobleem niet opgelost raakt wanneer de therapeut een moraliserende of verbiedende positie

inneemt. Wil men enig sukses bereiken dan is een mobilisering in het driftleven noodzakelijk.

De volgelingen van Freud hebben veel meer aandacht besteed aan alkohol gerelateerde problematiek. Tot 1945 werden een massa artikels gepubliceerd over psycho-analyse en alkoholisme. Belangrijke auteurs in dit opzicht zijn Abraham, Ferenczi, Tausk, Rado, Glover, Rosenfeld, Knight en Bergler. Na 1945 is de belangstelling verminderd om vanaf de jaren 1970 terug toe te nemen. De verminderde belangstelling had onder andere te maken met ontgoocheling over de therapeutische resultaten. Het bleek dat, ondanks de intensieve psychotherapeutische bemoeienis, de resultaten verre van schitterend waren. Men stelde vast dat een klassieke psycho-analytische benadering, waarbij de patiënt alles onbeperkt mag uitspreken, geen garantie biedt dat de behoefte aan alkohol zal verminderen. Na 1970 groeit de belangstelling opnieuw. Sommige psycho-analytici worden zich meer bewust dat hun methode zich niet hoeft te beperken tot de behandeling van neurotische kliënten. Anderzijds is door het langer worden van de analyses meer inzicht ontstaan in vroege, pre-oedipale ontwikkelingsfasen die onder andere bij alkoholisten vaak gestoord zijn. Kernberg, Kohut en Balint hebben baanbrekend werk verricht en hebben nieuwe theorieën geformuleerd over de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen zoals narcisten en borderlines.
Margareth Mahler heeft in verschillende fasen beschreven hoe het kind zich losmaakt uit de symbolische binding met moeder en zo via een geleidelijk proces tot zelfstandigheid, autonomie en objektkonstantie komt. Ook de objektrelatietheorie heeft inspirerend gewerkt.
Wie belang stelt in aktuele publikaties over de psycho-analytische therapie van alkoholisten willen we verwijzen naar auteurs zoals Vaillant, Zimberg, Wallace, Forrest en Light. In het Nederlands taalgebied kan het boek van Geerhard Schaap, "De therapeutische gemeenschap voor alcoholisten", als het basiswerk voor de psycho-analytisch geïnspireerde psychotherapie bij alkoholisten aanbevolen worden. Publikaties van deze auteurs worden in de bibliografie vermeld.

3. PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE BIJ ALKOHOLISTEN: TECHNISCHE ASPEKTEN

Hierbij zullen we een synthese bieden van de voornaamste richtlijnen die de psychotherapeut in het oog houdt wil hij inzichtgevende psychotherapie met een alkoholist suksesvol doorvoeren.

3.1. Een klassieke psycho-analytische benadering is een goede behandelingsvorm

De ervaring heeft aangetoond dat de compulsieve behoefte naar alkohol niet vermindert tijdens een therapeutisch proces dat gekenmerkt wordt door vrije associatie waarbij cognitief en emotioneel inzicht tot stand komt via duiding van associatief materiaal. Therapie met alkoholisten zal minder de nadruk leggen op het exploreren van het eigen innerlijk. De exploratie van het eigen innerlijk zal steeds gebeuren in funktie van het verwerven van een toenemende vrijheid ten opzichte van alkohol. Hierbij zal de psychotherapeut altijd meer gevend, pedagogischer zijn en telkens inschatten wat de patiënt kan dragen en verwerken. Het op zichzelf uitspreken van gevoelens, gedachten, fantasieën en het stimuleren ervan via een openleggende, ontdekkende procedure, creëert angst. Vaak ziet men tijdens een klassieke psycho-analyse het angstniveau geleidelijk toenemen. Angst is een gevoel dat deze patiënt op grond van zijn deficiënte ik-funkties moeilijk kan dragen. Het is belangrijk dat de patiënt leert innerlijke belevingen te herken-

nen en dat hem duidelijk wordt dat er een afstand is tussen beleven en handelen. Men zal hem aanmoedigen onlustervaringen te dragen. Men zal hem afraden ze onmiddellijk te vermijden en weg te werken, bijvoorbeeld via alkohol.
Bovendien dient de therapeut inspirerend te zijn ten aanzien van het verwerven van nieuwe gezondere manieren om impulsen en gevoelens te hanteren en te sublimeren.

3.2. Een grondige kennis en **vertrouwdheid met de typische psychodynamische thema's** van alkoholisten is noodzakelijk.

Vanuit de kennis van de typische psychodynamische thema's bij alkoholisten kan de therapeut zijn interventies sturen. Als hij oog heeft voor de orale fixatie, de pseudo-onafhankelijkheid, de versterkte afhankelijkheidsbehoeften, de ik-zwakte, de konflikten rond aktiviteit versus passiviteit in het afweersysteem van de alkoholist, zal hij de eigen tegenoverdrachtsgevoelens vlugger herkennen en minder uitageren. Vooral bij het opzetten van een afdeling dient hij zeer bewust rekening te houden met de typische psychodynamische thema's.
Wil men een behandelingskultuur installeren voor alkoholisten dan dient deze zo opgesteld te worden dat de patiënt een afweermekanisme als ontkenning gemakkelijker kan loslaten. Zeker wanneer een sfeer van openheid en duidelijke verbale kommunikatie over gebruik ontstaat, wordt hieraan tegemoet gekomen.
Inzicht in de orale fixatie en de afhankelijkheidsbehoefte van de alkoholist zal er voor zorgen dat men sfeeraspekten zoals gezelligheid, een verzorgde keuken, mogelijkheden waarbij de patiënten zelf iets lekkers kunnen klaar maken, stimuleert. Verder is het noodzakelijk dat normen en waarden zeer duidelijk geëxpliciteerd worden. Zo leert de patiënt omgaan met grenzen en beperkingen. Een behandelend team dient ook model te staan voor de patiëntengemeenschap en laat blijken dat goede sociale relaties gekenmerkt worden door geven en nemen. Een therapeutisch team dat zich laat beïnvloeden door de psychodynamische themata is steunend, adviserend en richtinggevend aanwezig en moedigt initiatieven aan die de persoonlijke groei bevorderen. Het laat de patiënt inzien dat een vastgelopen situatie of een sociale warboel niet onmiddellijk kan geklaard worden doch dat men opteert voor een langdurige samenwerkingsrelatie waarbij men mits wederzijdse afspraken en kondities werkt.

3.3. De therapeut is **optimistisch, hoopvol, accepterend** en **onvoorwaardelijk motivationeel** ingesteld ten aanzien van het bereiken en volhouden van alkoholabstinentie.

Idealiter wordt verondersteld dat de therapeut zelf vrij staat in relatie tot verslavende middelen zoals tabak, alkohol en medikatie. Soms is het moeilijk een onvoorwaardelijke positieve gezindheid te behouden ten aanzien van iemand die herhaaldelijk recidiveert of onder invloed op de afdeling komt. In het rechtstreekse kontakt met de dronken alkoholist is het zeer belangrijk van de eigen negatieve tegenoverdrachtsgevoelens te verbergen. Men benadert hem het best op een neutrale manier. Het kan helpen om de alkoholist die hervalt bijvoorbeeld te zien als een diabeticus met een hoge glycaemie die zijn dieet niet gevolgd heeft. Zelfs onder invloed is er nog altijd een gezond deel in de persoon aanwezig dat nauwkeurig reakties van de therapeut zoals ongenoegen, ontgoocheling of boosheid ... registreert. Natuurlijk kan er in een volgende faze, mits enig overleg, onderhandeld worden over grenzen.

3.4. Het bereiken en handhaven van soberheid is een voorwaarde voor psychotherapie

In een analytische psychotherapie hopen we dat de patiënt zichzelf en zijn situatie bevraagt om op die manier tot een grotere psychologische rijpheid en volwassenheid te komen. Excessief alkoholgebruik induceert een tegengestelde beweging. Alkohol breekt sublimaties af en veroorzaakt een deterioratie van de persoonlijkheid en de belangrijke relaties. De therapeut neemt duidelijk stelling tegen alkoholgebruik en stelt op een aktieve, direktieve en interventionistische wijze maatregelen voor in de richting van volledige abstinentie. Alles wat alkoholabstinentie in de hand werkt is in principe nuttig. Als de therapeut meent dat het inschakelen van de AA, het voorschrijven van antabuse, het hanteren van motiveringstechnieken, het hospitaliseren of het stellen van limieten nodig is om de patiënt tot een betere psychotherapeutische werkrelatie te krijgen, dan zal hij dat doen. Soms maakt de therapeut de fout van alkoholisme enkel op te vatten als een symptoom van een onderliggende psychische stoornis, als een uiting van of een poging tot oplossing van een neurotisch konflikt. Het is zeker niet zo dat het exploreren van het innerlijk konflikt of het behandelen van bijvoorbeeld de depressie het alkoholprobleem vanzelf zal doen verdwijnen. Wanneer een patiënt in psychotherapie excessief drinkt, dan dient men aan het alkoholprobleem afzonderlijk aandacht te besteden. Blijft na herhaalde klarifikatie, konfrontatie, interpretatie en limitsetting, de patiënt toch doorgaan met drinken, dan is het beter de psychotherapie te stoppen en de patiënt te hospitaliseren.

3.5. Herkennen en hanteren van de overdrachtsrelatie

De alkoholist zal in de relatie met zijn therapeut onbewust betekenisvolle relatiepatronen uit het verleden herhalen. Vantuit zijn vorming is de analytische psychotherapeut hierop voorbereid. Zo leeft er bij de alkoholist dikwijls een heftige ambivalentie, een liefde-haat relatie ten opzichte van de therapeut. Vanuit zijn grote afhankelijkheidsbehoefte verwacht de patiënt dikwijls dat de therapeut alles voor hem in orde brengt. Het is belangrijk dat de therapeut — vooral in het begin — een afhankelijke relatie toelaat en zijn patiënt steunt, raad geeft, aanvaardt en helpt. Geleidelijk aan zal de therapeut de patiënt helpen afstand te nemen van zijn hoog gespannen verwachtingen. Het is begrijpelijk dat patiënt zich gefrustreerd en boos voelt wanneer de therapeut in zijn rol van almachtige steunende figuur tekort schiet. Patiënt reageert hier dikwijls op met vijandigheid, manipulatief of testend gedrag. Soms ook met herval. De therapeut zal zich hierbij niet laten vangen aan de reaktieve grandiositeit. Deze kan tot uiting komen in zelfoverschattende overtuigingen zoals kunnen sociaal drinken en zelfstandig wonen, terwijl bewijzen voorhanden zijn dat dit op het bewuste ogenblik onmogelijk is.

3.6. Omgaan met eigen tegenoverdrachtsgevoelens

Zeker in een psychotherapie met alkoholisten is omgaan met eigen tegenoverdrachtsgevoelens niet eenvoudig. Alkoholisten recidiveren en de therapeut voelt zich hierbij ontmoedigd en ontgoocheld. Wanneer therapeutische afspraken niet nagekomen worden, wekt dit gevoelens van wrevel, teleurstelling, boosheid. Eigen leertherapie is nuttig om de karakteristieke manier van omgaan met gevoelens van ontgoocheling te herkennen. Sommige therapeuten reageren verwijtend, anderen gedragen zich overtoegeeflijk en overvriendelijk. Het vergt een grote therapeutische vaardigheid om, ondanks deze gevoelens, toch met de therapie konsekwent door te gaan. Geleidelijk brengt de therapeut zijn patiënt tot het besef dat de therapeut niet almach-

tig is. Stilaan dient bij de patiënt de overtuiging te groeien dat de therapeut de patiënt niet van het drinken kan afbrengen. Alleen de patiënt is verantwoordelijk voor het feit dat hij drinkt; niemand anders. Wel is het noodzakelijk dat hij de therapeut als een bondgenoot en steunfiguur ervaart en dit in een strijd die door de patiënt dient gestreden te worden. De therapeut zal wel de grenzen aangeven en de voorwaarden aflijnen die noodzakelijk zijn voor het al of niet verder zetten van de therapie. Vaak is een geschreven kontrakt een hunpmiddel; soms kan het evenwel de flexibiliteit van de therapeut belemmeren.

3.7. Analytisch georiënteerde therapie met alkoholisten is supportief

De nadruk ligt dus op ondersteuning, niet op het openleggen, exploreren, afweer analyseren of het tot stand brengen van inzicht. Alkoholisten vertonen onvolkomenheden en defekten in hun egofunktioneren. Ze hebben geen baat bij een therapeut die het afweersysteem bevraagt en bedreigt. Ze hebben een therapeut nodig die de deficiënte egofunkties aanvult en substitueert en zijn persoonlijke vaardigheden aan de patiënt ten dienste stelt. We moedigen de patiënt aan om angst, spanning en frustraties beter te verdragen en te verwerken. We moedigen hem aan om initiatieven te nemen, meer konstruktiefs te ondernemen en vooral langer door te zetten en vol te houden. We vragen om onlustgevoelens te dragen en alternatieven te zoeken om ze weg te werken. Bovendien wordt duidelijk gemaakt dat alkoholgebruik een inefficiënte vermijdingsstrategie is. De therapeut staat voortdurend model. De therapeut leent zijn eigen gezonde egofunktie uit om de deficiënte van de patiënt te substitueren. Het afweersysteem wodt niet in vraag gesteld en afgebroken, het wordt wel versterkt ofwel wordt het in een zodanige richting gestuurd dat de patiënt met meer kracht zijn doel kan nastreven. Dit doel is het bereiken van soberheid.

Ik zal het principe van ondersteunende therapie illustreren aan de hand van een **kort voorbeeld.** Zo hadden we een jaar geleden een 35-jarige, gehuwde man in behandeling. Kort voordien dronk hij tot 2 flessen jenever per dag, daarnaast nog rode wijn in grote hoeveelheden. In de voorgeschiedenis noteerden we een verregaande impulsiviteit. Kort voor de behandeling had patiënt zich na een narcistische krenking door een familielid, opgesloten in de garage. Hij liet de motor draaien en ging vervolgens voor de gasuitlaat liggen. Zijn echtgenote heeft hem in bewusteloze toestand aangetroffen. Hij werd in de spoedgevallendienst van een universitair ziekenhuis behandeld voor de CO-intoxikatie. Op het ogenblik van dit tentamen was patiënt onder invloed. Hij heeft vorig jaar ons behandelingsprogramma met goed gevolg doorlopen en is nu nog steeds in psychotherapeutische nabehandeling. Op een bepaald ogenblik vertelt hij mij dat een kennis zijn auto heeft aangereden. Patiënt voelt zich op dat ogenblik ontzettend boos en vreest voor een impulsieve en zeer destruktieve uitbarsting (ook in de groepstherapie hadden we ontdekt dat patiënt zeer impulsief kon reageren). Tijdens de therapie hebben we zijn gevoel van woede en boosheid niet verder geëxploreerd. We hebben hem wel beloond voor het feit dat hij zich toch heeft kunnen beheersen. Samen met de patiënt komen we tot de ontdekking dat hij langer gevoelens van woede kan dragen zonder dat hij deze uitageert. We bekijken de winst welke dit heeft opgeleverd. Hij erkende dat, moest hij gedronken hebben, er wel een impulsieve uitbarsting was gekomen. Tijdens de therapiesessie werd rijpe afweer gestimuleerd en versterkt. Samen met hem hebben we gezocht naar een gedragsalternatief dat de weg effent naar een stilaan groeiende impulskontrole.

3.8. De psychotherapeut kent de talrijke medische, psychologische, juridische en sociale aspekten van alkoholisme

Vooral in de beginfaze, maar ook gedurende het ganse verloop van de therapie, zal de therapeut met belangstelling luisteren naar de drankgeschiedenis. In het begin van de therapie merken we gewoonlijk een sterke ontkenning. Naarmate het therapeutisch proces vordert, krijgen zowel de patiënt als de therapeut een kompleter zicht op de werkelijke omvang en implikaties van het alkoholprobleem. Deze zijn bijna altijd ernstiger dan men bij de aanvang van de behandeling zou vermoeden.
Geleidelijk komen we samen met de patiënt tot de ontdekking wat het alkoholist zijn in zijn konkrete leven voor hem en voor betekenisvolle anderen teweegbracht. Patiënt verkeert in een meer gevorderde faze van de therapie als hij tot emotioneel inzicht komt. Als de patiënt werkelijk tot het besef komt welke schade alkohol in zijn leven en in dat van betekenisvolle anderen heeft aangericht, zal hij een pijnlijk rouwproces vol verdriet en schuldgevoelens doormaken. In deze faze dient de therapeut zeer aanwezig te zijn. Hij kan ook informatie geven over de medico-psychosociale gevolgen van aanhoudend alkoholgebruik. Hij zal vooral exploreren welke specifieke symbolische funktie alkohol heeft in het leven van deze konkrete patiënt.

3.9. Soms maakt de therapeut gebruik van volgende **technieken**:

De konfrontatie
Hierbij wordt dysfunktioneel acting-out gedrag door de therapeut als materiaal ingebracht en de betekenis ervan wordt met de patiënt besproken. Over konfrontatie bestaan veel misvattingen. Men stelt konfronteren nogal eens gelijk met wat in encounter-groepen gebeurt. Konfrontatie is niet noodzakelijk hard, kritisch of pijnlijk. Konfrontatie betekent het voorleggen en bespreken van medische gegevens, het presenteren van informatie die men van derden gekregen heeft, het wijzen op een typische karakteriële houding van de patiënt. Konfronteren is juist voorleggen wat de patiënt doet of niet doet en waar in de therapiesessie niet over gesproken of bij stil gestaan wordt.

Konstruktieve dwang
Men past deze maatregel toe wanneer de patiënt zodanige zelfdestruktieve maneuvers stelt dat hij zichzelf, zijn omgeving en zijn therapie in gevaar brengt of dreigt te vernietigen. Zo kan een verwittiging, een melding van stopzetting van therapie, een kollokatiemaatregel, een beslissing van de partner tot voorlopige maatregelen, tot gevolg hebben dat de patiënt beter therapeutisch bereikbaar wordt en afstand neemt van zijn destruktief gedrag. Het is belangrijk dat de therapeut aktief stelling neemt tegen masochistische en zelfdestruktieve maneuvers van de patiënt.

Therapeutische hefboom ("Therapeutic Leverage")
Wanneer de patiënt therapeutisch meer bereikbaar wordt, kan men hem informatie over gestoorde levertesten, normale zenuwgeleidingssnelheden en andere medische, sociale of juridische gegevens voorleggen. Spontane ideeën en inzichten van de patiënt kunnen aangegrepen en benadrukt worden om zo de motivatie tot niet-drinken te versterken.

Limit setting
We kunnen dit omschrijven als afspraken maken, grenzen stellen, regels verduidelijken. Het is

een centraal gegeven in de behandeling van moeilijke patiënten. Limit setting is noodzakelijk van zodra het therapeutisch proces stilvalt doordat er meer geageerd dan besproken wordt. Men kan niet toelaten dat de patiënt zijn eigen leven en funktioneren en dat van anderen en de therapeut bedreigt. Men zal eerst zijn toevlucht nemen tot de klassieke, verbale instrumenten van verheldering, konfrontatie en interpretatie. Indien dit onvoldoende blijkt, zal men het aberrant gedrag precizeren, vervolgens de grenzen duidelijk aangeven en tenslotte de konsekwenties bij hernieuwde acting benoemen. Pas dan volgt de uitvoering. Bij dit begrenzen baseert de therapeut zich op een psychodynamisch referentiekader waarin ruimte is voor leerprincipes. Hij schenkt aandacht aan heftige overdrachtsbelevenissen en zoekt uit welke acting-out de therapeutische alliantie ondermijnt. Bij het vastleggen van de grenzen wordt de patiënt zoveel mogelijk betrokken. Deze techniek wordt uitgebreid beschreven in het boek van Green e.a., 1988.

Strategieën kiezen (making strategic choices)
In een psychotherapie met alkoholisten merkt men vaak dat de patiënt onbewust extreme keuzen maakt, bijvoorbeeld tussen ontkenning en premature zelfonthulling, schuld versus sociopathie, zelfblameren versus beschuldigen van anderen, rebelleren versus klagen, ageren versus verdragen, geobsedeerd worden door het verleden versus weigeren om het verleden te bekijken, gedweeë afhankelijkheid versus koppige onafhankelijkheid, perfektionisme versus minderwaardigheidsgevoelens. De patiënt maakt deze keuzen onbewust en wisselt vaak tussen extreme houdingen. De therapeut zal deze neiging aan de patiënt duidelijk maken en zal samen met hem de gulden middenweg zoeken. De therapeut dient er zich voortdurend van bewust te zijn dat de alkoholist vaak extreme standpunten inneemt. Hij moet er vooral voor zorgen bij zijn interventies de patiënt niet al te zeer in een extreme positie te duwen (Wallace, 1978).

Analyse van weerstanden tegen alkoholabstinentie
Er zijn ook een aantal typische vormen van weerstand tegen droog blijven bekend. Weerstanden tegen soberheid kunnen zich uiten onder vorm van bereid zijn wel therapie te volgen maar toch sociaal te blijven drinken. Overmatige kritiek op de religieuze inslag van de AA of een hardnekkige weigering van antabuse zijn andere voorbeelden van deze weerstand.

3.10. Het therapeutisch proces verloopt in fazen

Geleidelijk konstateren we een verandering in de houding ten aanzien van alkohol. In de beginfaze heeft de patiënt vooral behoefte aan externe kontrole. Het is de faze van "ik mag niet drinken".
In de middenfaze verwerft hij meer interne kontrole. Het is de faze van "ik wil niet drinken". Naar de eindfaze toe "hoeft de patiënt niet meer te drinken". Deze levenshouding is dan gebaseerd en tot stand gekomen vanuit emotioneel inzicht. Een terugval op gebruik in het verloop van midden- en eindfaze hoeft niet noodzakelijk te leiden tot een afglijden in de verslaving. Wel vindt men in de psycho-analytische literatuur over alkoholisme een skeptische tot afwijzende houding wat betreft de mogelijkheid tot sociaal drinken. Afbouw en beëindigen van de behandeling dient met de patiënt uitgebreid doorgesproken te worden. Het automatisch ingaan op een vraag naar stopzetting van de therapie wordt meestal ervaren als een teken van verwerping of van onvoldoende engagement bij de therapeut. Dit kan dan gepaard gaan met een herval.

3.11. Psychotherapie van alkoholisten is multimodaal

Psychotherapie bij alkoholisten is zeker geen eenmanszaak. De therapeut dient flexibel op te treden. Vooral in een beginfaze zal hij direktief, aktief en interventionistisch zijn. De therapeut toont zich niet afwijzend ten aanzien van inzichten opgedaan door andere psychotherapeutische benaderingen. Niet alleen een open staan voor de associaties van de patiënt is belangrijk, ook een interesse voor inzichten uit de gedrags- en systeemtherapie met alkoholisten zal de openheid vergroten. Dit staat evenwel niet gelijk met een afstand doen van de eigen fundamentele therapeutische oriëntatie.

3.12. Het sukses van de AA is vanuit psychodynamisch oogpunt goed begrijpbaar

Er wordt immers tegemoet gekomen aan het psychodynamisch kernprobleem van afhankelijkheid en reaktieve grandiositeit met de behoefte zich almachtig te voelen. In de AA vindt de alkoholist mogelijkheden tot sublimatie van zijn pathologisch narcisme. Doordat hij meewerkt aan het overtuigen van andere alkoholisten wordt het grootheidsverlangen in zekere zin vervuld en sociaal bruikbaar gemaakt. Reeds in de eerste van de twaalf stappen leert de alkoholist nederig te zijn en ontkenning te doorbreken. De eerste stap omvat immers erkenning machteloos te staan tegenover alkohol. In de AA bijeenkomsten heerst idealerwijs een accepterende, ondersteunende en niet-veroordelende atmosfeer. Op deze manier wordt effektief aan de onverwerkte, excessieve afhankelijkheidsbehoeften van de alkoholist tegemoet gekomen. De AA beschermt tegen sociale isolatie en biedt vriendschapsrelaties in de plaats van afhankelijkheid van het middel alkohol. Participatie in AA is een aktievere en instrumentele wijze om met onlustgevoelens om te gaan. Het is een meer adaptieve vorm van coping dan de passieve, orale copingstrategieën van de verslaafde. Het zich onderwerpen aan een hogere macht is reeds een vorm van oplossing van de omnipotentiedelusie. Door het in het openbaar belijden van de juiste aard en omvang van misstappen, fouten en tekortkomingen vindt de alkoholist een manier om met schuldgevoelens en onbewuste strafbehoefte om te gaan.
Bovendien herkennen we in de tiende stap één van de basisvereisten opdat effektieve psychotherapie kan plaatsgrijpen. De alkoholist maakt zich in de tiende stap het voornemen zichzelf te overdenken en te onderzoeken.

Analytisch georiënteerde psychotherapie met alkoholisten kan zowel in groep als individueel gebeuren. Het is zelfs mogelijk dat een analytisch georiënteerde groepsbenadering effektiever is dan een individuele psychotherapie. Dit komt tot uiting in de literatuur en is ook onze ervaring. Tot slot kunnen we stellen dat analytisch georiënteerde therapie met alkoholisten mogelijk, zinvol en effektief is mits deze deel uitmaakt van een multimodaal georiënteerd rehabilitatieprogramma.
In ons centrum (P.Z. SANCTA MARIA te Sint-Truiden) wordt dit denkmodel toegepast op de toxicomanenafdeling. Bij het organiseren van het leefmilieu wordt rekening gehouden met de specifieke, psychodynamische thema's van alkoholisten. Daarnaast krijgen de twee patiëntengroepen (8 à 10 personen) een analytisch georiënteerde, supportieve groepstherapie aan een frekwentie van tweemaal één uur per week. De hierboven beschreven technische aanwijzingen zijn een synthese van mijn persoonlijke klinische ervaring van de laatste 5 jaar en van de literatuur die in de hierna volgende bibliografie vermeld wordt.

BIBLIOGRAFIE

Baker, M.S. en M.N. Baker (1987), Heinz Kohut's Self psychology: An Overview. **The American Journal of Psychiatry**, 144, pp 1-9.

De Baere, H. en J. Casselman (1980), **Het Alcoholprobleem.** Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij, Amsterdam.

Donovan, J.M. (1986), An etiologic model of alcoholism. **The American Journal of Psychiatry**, 143, pp 1-11.

Frebos, E. en A. Magoudi (1986), **Approche psychanalytique des toxicomanes.** Le Fil Rouge. Presses Universitaires de France, Paris.

Forrest, G.C. (1983), **Alcoholism, Narcissism and Psychopathology.** Charles C. Thomas. Springfield. Illinois.

Gitlow, S.E. en H.S. Peyser (eds.) (1988), **Alcoholism: A Practical Treatment Guide.** Second edition. Grune and Stratton, Inc. Philadelphia.

Green, S.A., R. Goldberg, D.M. Goldstein en E. Leibenluft (1988), **Limit Setting in Clinical Practice.** American Psychiatric Press, Inc. Washington D.C.

Grotjahn M., F.M. Kline en C.T.H. Friedman (1983), **Handbook of Group Therapy.** Group therapy for substance abusers pp 163-195. Van Nostrand Reinhold. New York.

Harberden, P. van (1986), **Zelfhulp hij Anonieme Alcoholisten.** Wolters-Noordhoff bv. Groningen.

Hebbrecht, M. (1987), Behandeling van verslaafden vanuit een Psychoanalytisch Denkkader. Niet gepubliceerde tekst t.g.v. een seminarie in het P.Z. Sancta Maria St.-Truiden op 25.02.87.

Kernberg, O.F. (1984), **Severe Personality Disorders.** Psychotherapeutic Strategies. Yale University Press. New Haven.

Klein R.H., D.E.K. Hunter en S.L. Brown (1986), Long-term inpatient group psychotherapy. **International Journal of Group Psychotherapy**, 36, pp 361-380.

Light, W.J. Haugen (1986), **Psychodynamics of Alcoholism.** A current synthesis. Charles C. Thomas. Springfield. Illinois.

Myolla, A. de en S.A. Shentoub (1973), **Pour une Psychanalyse de l' Alcoolisme.** Petite Bibliothèque Payot. Paris.

Uit: Pattison, E.M. en E. Kaufman (1982), **Encyclopedic Handbook of Alcoholism.** Gardner Press Inc. New York.
a. Khantzian, K.J. (1982), Psychopathology, psychodynamics and alcoholism. pp 581-597.
b. Zimberg, S. (1982), Psychotherapy in the treatment of Alcoholism. pp 999-1009.
c. Kanas, N. (1982), Alcoholism and group psychotherapy. pp 1011-1021.

Pierloot, R.A. en J.M. Thiel (1986), **Psychoanalytische Therapieën.** Van Loghum Slaterus, Deventer.

Rohde-Dachser, C. (1983), **Het Borderline-syndroom.** Van Loghum Slaterus. Deventer.

Rosenbaum, M. (ed.) (1983), **Handbook of Short Term Therapy Groups.** Mac Graw-Hill, Book Company. New York. pp 409-421.

Schaap, G. (1987), **De therapeutische Gemeenschap voor Alcoholisten.** Van Gorcum. Assen.

Vaillant, G.E. (1983), **The Natural History of Alcoholism.** Harvard University Press. Cambridge.

Wallace, J. (1978), Critical issues in alcoholism psychotherapy. In: **Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy.** Zimberg, S., Wallace, J. en Blume, S.B. (eds.), Plenum Press. New York.

Zimberg, S. (1982), **The Clinical Management of Alcoholism.** Brunner/Mazel Publishers. New York.

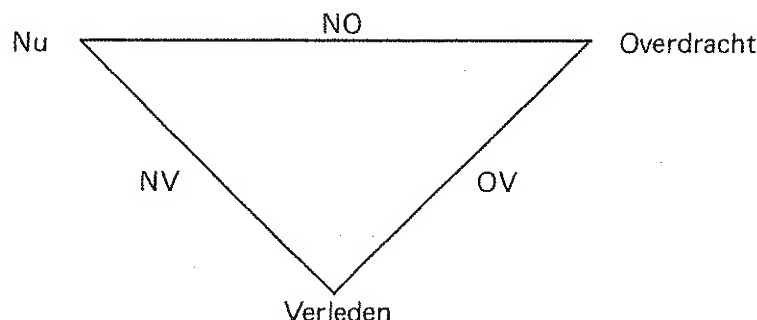
INDIVIDUELE ANALYTISCH GEORIENTEERDE PSYCHOTHERAPIE BIJ EEN PATIENT MET EEN ALKOHOL-PROBLEEM

Guy VERBRUGGEN

Het gaat om een man van 42 jaar, architekt van beroep, sinds 10 jaar gescheiden. Hij heeft twee dochters van 13 en 12 jaar die zijn toegewezen aan zijn ex-vrouw. Na de scheiding werkte hij enige jaren als bediende; sinds vijf jaar is hij weer zelfstandig architekt. Hij woont nu samen met een vriendin sinds vorig jaar.
Er is een behoorlijk alkoholmisbruik sinds twee jaar: gemiddeld 2 tot 3 flessen rode wijn per dag met escallaties op feesten e.d.
Patiënt werd door zijn huisarts naar ons ziekenhuis verwezen, vooral gezien de erg gedaalde werkprestaties en de uitgesproken sociale isolatie als gevolg van alkohol-abusus. Hij werd opgenomen in ons A.P.Z. van februari 1988 tot juni 1988 op een open opname-afdeling met een gemiddelde verblijfsduur van drie maanden. Er verblijven in de verbale groep van die afdeling vooral neurotische jong-volwassenen met redelijke Ik-sterkte. Het aksent ligt er sterk op inzichtgevende psychotherapie van psychoanalytische signatuur: intensieve groepstherapie, roltrainingen en individuele psychotherapie zijn vaste ingrediënten.

Bij deze alkoholdependente patiënt werd — rekening houdend met zijn psychologische sofistikatie — een inzichtgevende psychoanalytische therapie gestart halverwege zijn opname (april 1988). Patiënt was gemotiveerd tot therapie en bereid tot abstinentie: "thinking" in plaats van "drinking" (Schaap, 1986).

De therapie is van het exploratieve type en loopt vanaf april 1988 tot op heden aan een frekwentie van 2 zittingen van 50 minuten per week. Het materiaal dat aan de orde komt, heeft drie belangrijke wortels, te ordenen volgens Malan's driehoek (Malan, 1979):



We lichten hier kort elk hoekpunt en elke zijde van deze driehoek toe, volgens de beschrijving van Thiel (Pierloot & Thiel, 1989):

NU
Materiaal over de aktuele problematiek en het daarmee samenhangende recente verleden. Gewoonlijk is dit het eerste materiaal dat in de therapie aan de orde komt. Het zijn immers vaak ook de problemen waarvoor patiënt zich heeft aangemeld.

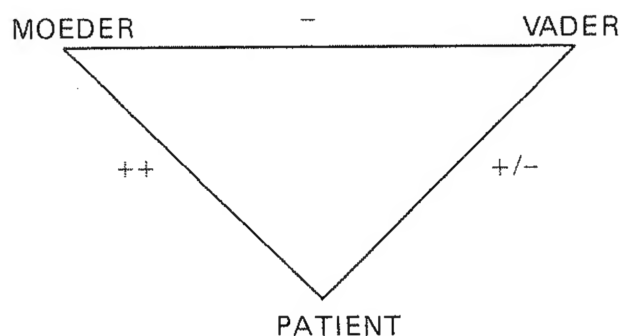
VERLEDEN
Materiaal uit een verder verleden, eventueel teruggaand naar de vroege jeugd. Dit materiaal volgt spoedig op het recente materiaal, omdat verbanden worden ontdekt tussen huidige en vroegere problemen. Zo ontstaat de zijde N-V.

OVERDRACHT
De relatie tot de therapeut is ook bron van materiaal. Aanvankelijk komt dit in de therapie nog niet aan de orde. Geleidelijk neemt de therapeut en de relatie tot de therapeut in betekenis toe voor de patiënt en gaan gedachten en fantasieën over hem en gevoelens ten opzichte van hem een toenemend belangrijke rol spelen.
Dit materiaal staat niet op zichzelf: het is verbonden met het recente verleden (de zijde N-O), maar ook met belevingen uit het vroegere verleden (de zijde O-V).
Vooral deze laatste konnektie, O-V, is overdracht in engere zin: gevoelens ten opzichte van de therapeut gaan ervaren alsof deze een sleutelfiguur uit het verleden is. Overdracht wordt dan een machtig **instrument** met behulp waarvan we het vergeten en verdrongen verleden kunnen onderzoeken (Brown & Pedder, 1980).

Het verloop van patiënt's therapie kunnen wij weergeven in 3 fazen:

1ste FAZE: binnen de pool VERLEDEN komt een triangulaire struktuur naar voren

Binnen de verleden pool worden de posities van vader en moeder uitgeklaard. Zo zien we in het punt VERLEDEN van Malan's driehoek weer een nieuwe driehoek ontstaan:



++ = een onvoorwaardelijk positieve relatie t.o.v. moeder
+/– = een ambivalente relatie t.o.v. vader
– = een eerder vijandige en afstandelijke vader-moeder relatie.

MOEDER ++
Patiënt ervaarde een sterke behoefte aan veiligheid, een verlangen naar een symbiotisch-afhankelijke objektrelatie waarbij het objekt 'moeder' dient ter bevrediging van eigen wensen en behoeften.
De scheiding zelf-moeder is onvolledig: de ander wordt niet echt beleefd als afzonderlijk. Alkohol is de hoop op vervulling van een diep symbiotisch verlangen, is een soort giftige moedermelk (Kuiper, 1984).

VADER +/–

De ambivalentie t.a.v. een psychisch afwezige vaderfiguur is uitgesproken. Patiënt ervaart het als een zich verworpen voelen door een autoritaire, koude vader met een dubbele moraal, én tegelijkertijd opkijken naar een vader met geld, gezag en ambitie. Hooggespannen Ik-idealen en een streng geweten (nu en dan "opgelost" in alkohol) zijn de resultante van deze vaderband.

Deze posities (moeder ++ en vader +/–) lopen als een blauwdruk doorheen patiënt's jeugdervaringen: seminarie, politiek, vriendschappen ... Allen worden gezocht om hun moedelijke nestwarmte, maar vertegenwoordigen ook gezag, hetgeen bewondering én opstandigheid uitlokt.

2de FAZE: de struktuur wordt doorgewerkt en er worden verbindingen gelegd
VERLEDEN-NU-OVERDRACHT

VERLEDEN	NU	OVERDRACHT
Moeder ++ Er komen vele verwijzingen naar moeders's sociale dienstbaarheid en naar de sterk ervaren nestwarmte.	Er is sprake van een orale fixatie: patiënt blijft erg gehecht aan zijn bescheiden-zijn en aan zijn sociale opstelling. Hij zoekt moederlijke vrouwen op.	Van de therapeut wil patiënt vooral bescherming en geborgenheid.
Vader +/– (+) Patiënt heeft veel bewondering voor vader's verdiensten.	Een oedipale fixatie is ook aanwezig: patiënt blijft ambivalent in zijn beroepsengagement. Hij wil meer bereiken én weigert vader's wil op te volgen. Hij wil uitblinken én niet-uitblinken.	Een zekere ambivalentie speelt ook in de werkalliantie mee: willen werken aan zichzelf, maar tegelijkertijd ook niet te veel veranderen!
(–) Patiënt voelt zich ook verworpen door vader.	Agressie t.o.v. vader wordt deels verdrongen en deels op zichzelf gericht.	Patiënt demonstreert meegaand en volgzaam gedrag.

De symbolische betekenis van drank verenigt eigenlijk deze drie facetten:

- gezellig maken, sfeer, ontspanning, passiviteit (moeder ++);
- macht en omnipotentie, verdoezelend wat ik niet heb of ben (vader +);
- iets masochistisch; het niet te goed (mogen) doen (vader –).

3de FAZE: verdere evolutie, o.g.v. verleden en overdracht, in het NU

- Patiënt kan stilaan meer **kiezen**, bijvoorbeeld niet-drinken, verhuizen naar een meer centrale plaats, trouwen met zijn vriendin.
  Hij leert zich beperken (niet meer alles, het perfekte moeten zijn) en zich blootgeven (niet langer kritiek ontlopen).

- Kontakten met **kliënten** worden nu doorzien als doordrongen van moederlijke en vaderlijke elementen.
  Zich (nog) teveel laten vertederen door kliënten (moederlijk) en de perfektie nastreven, zelfs in pietluttige details van gebouwen of hun omgeving (vaderlijk) "alsof vader over mijn schouder meekijkt op het plan".
  Hij ziet zichzelf als (nog) te gegeneerd om geld te vragen en beducht voor bouwbeperkingen (de vaderlijke ambities: geld, macht, aanzien).

- Afgunst en rivaliteit t.a.v. **konkurrenten** blijft belangrijk — en speelt ook t.a.v. de therapeut mee — maar agressie daaromtrent kan nu al meer geuit worden zonder angst. "Ik ben niet meer zo bang om de spits af te bijten", zo verwoordt patiënt zelf zijn gemilderde (kastratie-) angst.

Gezien patiënt momenteel erg bezig is met het zelf-doorwerken van konfliktsituaties in hun konnektie(s) met vroeger, denken wij dat de eindfaze van de therapie — helemaal zelf willen proberen, het alleen kunnen zijn zonder zich alleen te voelen — in zicht komt. Zelf drukte patiënt het enige weken geleden als volgt uit: "natuurlijk moet ik mijn leven zelf leven en maken, maar ik blijf nu niet meer altijd dezelfde illuzies herhalen in mijn leven!"

BIBLIOGRAFIE

Brown, D. en J. Pedder (1980). **Psychodynamische Psychotherapie.** Alphen aan den Rijn/Brussel. Samsom.

Gillieron, F. (1983). **Aux confins de la psychanalyse. Psychothérapies analytiques brèves.** Paris. Payot.

Kuiper, P.C. (1984). **Nieuwe Neurosenleer.** Deventer. Van Loghum Slaterus.

Malan, D. (1979). **Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics.** London. Butterworths.

Pierloot R.A. en J.H. Thiel (1986). **Psychoanalytische Therapieën.** Deventer. Van Loghum Slaterus.

Schaap, G. (1986). **De therapeutische gemeenschap voor alcoholisten.** Maastricht/Assen. Van Gorcum.

Zimberg, S. (1982). **The clinical management of alcoholism.** New York. Brunner Mazel Publishers.

VERSLAVINGSGEDRAG EN GEDRAGSTHERAPIE BIJ ALKOHOLISTEN [1]

J.P. BROOTHAERTS

INLEIDING

Aan mij werd gevraagd een kort overzicht te geven van de mogelijke bijdrage van de gedragstherapie in de verslavingszorg.

Ik zal dit als volgt struktureren:

1. de theoretische achtergrond
2. de psychotherapeutische kontekst
3. de aktiefaze met de eigenlijke interventietechnieken
4. de afsluiting van de therapie

Net zoals mijn voorganger, M. Hebbrecht, denk ik dat men toch eerst enige duidelijkheid in de theoretische achtergrond moet scheppen. Mijns inziens is psychotherapie een toepassing van een theorie over psychische verschijnselen, van een persoonlijkheidstheorie die niet alleen beschrijft hoe een persoon zich ontwikkelt in zijn omgeving, hoe en welke psychische moeilijkheden er zich kunnen voordoen en hoe daaraan te verhelpen, maar ook daaruit assessment en de technieken laat afleiden. Psychotherapie als resultaat van een bepaald gezichtspunt over psychologische verschijnselen moet dan ook oplossingen aanbieden, individueel of in groep, met partners, met gezinnen, ambulant of residentieel, enz. al naargelang de gegeven situaties.

Ik zal mij beperken tot een focus op problematisch drinkgedrag en hier niet uitweiden over alle mogelijke problemen die medeoorzaak of gevolg zijn van de alkoholproblematiek. Dit is geen pleidooi om drinkgedrag te isoleren. Integendeel, niet altijd, maar vaak zal men zo snel als mogelijk gerelateerde problemen moeten aanpakken. Net zoals M. Hebbrecht wens ik te beklemtonen dat een verandering in drinkgedrag in matigende zin, een voorafgaande konditie is om andere problematieken te benaderen zoals ook uit de verder uiteen te zetten theorie zal blijken.
Daar alkoholisme een diskrete notie uitdrukt en ik in de eerste plaats een continuümgedachte voorsta, zullen de termen probleemdrinken, probleemdrinkers een betere weergave vormen. In deze zin zijn de termen alkoholist en alkoholisme te beschouwen bij verder gebruik.

1. THEORETISCHE ACHTERGRONDEN

Zoals P. Eelen (1988) schrijft in het Handboek voor Gedragstherapie, moet men een duidelijk onderscheid maken tussen enerzijds procedures en hun effekten, anderzijds de theorie die men

[1] Bewerking van de voordracht gegeven op de studiedag georganiseerd door de VAD: Psychotherapie bij alcoholisten.

hiervoor ter verklaring gebruikt.
Ik zal als kader de handelingstheorie gebruiken en de daaruit voortvloeiende opvattingen over onbewust, bewust, emotie, cognitie, psychofysiologie, enz. (Harré, 1972; Van Parreren, 1988, 1989; Van Rappard, 1987).

In de handelingstheorie wordt de mens gezien als een individu dat aktief handelend en doelbewust in zijn omgeving ingrijpend kan optreden. Wel degelijk kan, want we zullen ons in de eerste plaats bezighouden met de automatisch en onbewust verlopende handelingen waarbij de kontrolerende invloed van de omgeving enorm is geworden. In dit kader zal ik de gedragstherapeutische toepassing beschrijven (Schaufeli, 1980) en in dit hoofdstuk mij beperken tot enkele gegevens die cruciaal zullen zijn om de psychotherapeutische interventies te kaderen.

Handelingen kunnen zich op verschillende niveaus voltrekken waarbij voor de uitvoering de vereiste tussenkomst van het bewustzijn steeds kan afnemen, de handeling zich steeds automatischer als gewoonte voltrekt. Aktie-schemata (d.i. een geheel van sterk samenhangende en meer stereotiepe proposities binnen een netwerkstruktuur, Van den Bergh, 1986, p. 10), kunnen m.a.w. verlopen ofwel **grotendeels** gekontroleerd door automatische processen ofwel **grotendeels** gekontroleerd door niet-automatische processen.
Kenmerken voor automatische schema-aktivatie is dat het proces snel verloopt, weinig inspanning vraagt en vrij resistent is aan verandering. Verder is een geautomatiseerde handeling vrij autonoom, niet intentioneel. Als m.a.w. de gepaste stimuluskonfiguraties zich voordoen kan de handeling zelfs onvrijwillig, zomaar, in uitvoering gebracht worden. Daarenboven bezit ze als het ware een ballistische kwaliteit omdat het moeilijk te stoppen is en tendeert om uitgevoerd te worden (Tiffany, 1990, p. 31; Van den Bergh, 1986). Men kan zich dus inbeelden wat het gaat betekenen als (een) bepaalde strategie(ën) herhaald en in steeds wisselende situaties gebruikt wordt zodat een overgegeneraliseerd responsschema ontstaat dat leidt tot een beperkter en minder flexibel handelingsrepertoire (Schaufeli, 1980).
Gekontroleerd verlopende processen zijn traag, vragen aandacht, intentie en inspanning, zijn introspektief toegankelijker. Deze processen worden dan ook vereist in situaties waar automatische processen niet (kunnen) ingeroepen worden om adekwate responsen te produceren. Een dergelijke situatie is dus ook daar, waar een individu zijn automatische reakties wil hinderen of stoppen en/of nieuwe schema's in het spel brengen.

Als centrale thesis stel ik voorop dat het drinkgedrag een aktiviteit is die grotendeels door automatische processen wordt gekontroleerd. Drinkgedrag — in zijn ruimste zin, dus ook zoeken, verwerven, konsumeren — zal dus gekenmerkt worden als relatief snel en efficiënt uit te voeren, in gang te zetten door specifieke stimuluskonfiguraties, eventueel geïnitieerd en uitgevoerd zonder intentie, moeilijk te verhinderen in aanwezigheid van de gepaste stimuluskonfiguraties en eventueel uitgevoerd zonder er zich bewust van te zijn. Deze geautomatiseerde aktieschemata zijn opgeslagen in het geheugen en bevatten informatie over stimuluskonfiguraties die intern of extern zijn.
Voorbeelden van externe stimuluskonfiguraties kunnen zijn: bepaalde personen, plaatsen waar men zich bevindt, een bepaald uur, een maaltijd, enz. ...
Interne stimuluskonfiguraties kunnen bijvoorbeeld omvatten:
- emoties hier opgevat als gerepresenteerd in een netwerk met als elementen: een betekeniskomponent, een fysiologische en een motorische komponent. Daar elk individu nu eenmaal

zijn eigen geschiedenis heeft, ontwikkelt iedereen ook zijn eigen idiosyncratische emotionele schema's en zijn eigen individuele responsstereotypie (Lang, 1985).
- vermoeidheid.
- fysieke ontwenningssymptomen, enz. ...

Implikaties van dit gezichtspunt

Vanuit dit model poneren Robertson (1988) en Tiffany (1990) dat "urge responding" moet gekonceptualiseerd worden als responsen die ontstaan wanneer niet-automatische processen geaktiveerd worden in parallel met automatische drinkgedragschema's. Dit is het geval wanneer niet-automatische cognitieve schema's ingeroepen worden in een expliciete poging om het drinken te stoppen of te hinderen ofwel wanneer het handelingsplan om te drinken niet onmiddellijk kan uitgevoerd worden bij een individu dat absoluut wil gebruiken. "Urge responding" moet dus opgevat worden als een overkoepelende term voor de begrippen spanning, irritatie, onrust, goesting, zucht, craving, drang naar het drinken die zich kunnen voordoen in de hierboven beschreven toestand.
Uit deze konceptie laten zich bepaalde veronderstellingen afleiden.
Mogelijk is dat iemand bijgevolg hervalt
- zonder craving te ervaren en eventueel achteraf maar vaststelt dat hij iets gebruikt. In reviews m.b.t. herval vindt men gemiddeld dan ook maar 7 procent personen die enige vorm van drang, irritatie beschrijven. De meeste individuen konstateren dat ze blijkbaar plots weer aan het gebruiken zijn (Tiffany, 1990).
- Zelfs na jaren moet een herval met of zonder craving mogelijk zijn als de betreffende situatie en de gekoppelde aktie-schemata niet therapeutisch verwerkt werden.
- De fysiologische "blueprint" als substraat voor craving en weergave van de verbale uitingen hierover bestaat niet. Het patroon en de sterkte van de fysiologische responsen in situaties waar de verslaafde zijn automatisch drinkgedrag wil stoppen, zal bepaald worden door 4 bronnen:
  - de ondersteunende fysiologie voor het uitvoeren van het gebruikersschema;
  - fysiologische responsen in anticipatie van het druggebruik;
  - fysiologische responsen geassocieerd met planning ter vermijding van druggebruik;
  - de ondersteunende fysiologie voor akties om druggebruik te vermijden.

Gezien de idiosyncrasie van de situaties en de persoon zal een somatoviscerale standaardprint voor craving niet te vinden zijn en dat is dan ook wat de literatuur weerspiegelt (Litman, 1974; Tiffany, 1990) ondanks wat sommige theorieën beweren.
De plaats van de fysiologie in de handelingstheorie kan men als volgt verwoorden (Schurig, 1976): het psychische, en in zijn meest intensieve vorm het bewustzijn, gezien als bijzondere eigenschap van hooggeorganiseerde materie veronderstelt
- het bestaan van fysiologische mekanismen die het genereert maar waartoe het, gezien het kwalitatief verschillend is, niet meer kan gereduceerd worden
- alsmede een funktionaliteit in het gedrag die haar ontstaan verrechtvaardigt, bijvoorbeeld organismen met zulke eigenschappen kunnen, vooraleer ze met andere objekten in kontakt komen, rekening houden met hun karakteristieken. Uit dit gezichtspunt valt af te leiden dat bepaalde fysiologische mekanismen, voor wat een kleine groep mensen betreft, goed te voorspellen volgens de biologische wetmatigheden, een dergelijke afwijking vertonen dat hun drinkgedrag, ondanks alle intensieve psychotherapie, er invloed zal van ondervinden. Het ontwik-

kelen van biologische markers voor deze procentueel beperkte groep is dan ook aan de gang (Newlin, 1990) ofschoon vanuit andere theoretische beschouwingen en met als hypothese het eerder komplementaire percentage.

Gezien mijn beschrijving moet het stoppen of matigen met drinken, in aanwezigheid van automatische processen, een zware opgave worden die niet even veranderd wordt door een nieuwe intentie met gekoppeld aktie-schema. Niet alleen bestrijdt het individu automatische processen maar als hij het doet, voelt hij zich niet beter, integendeel de onrust stijgt. Het lijkt erop dat hij kan kiezen tussen pest en cholera en de redenen om dat te doen zullen goed moeten ingeprent zijn. Hiervoor dient het verder te beschrijven motivationeel interview.
Het wijzigen, creëren van nieuwe aktie-schemata gericht op drinkgewoonten zal een verhoogd attentieniveau vereisen. Het toepassen van S (de meest krachtige om automatische processen te stoppen), S-R en R interventieprocedure zal vereist zijn (Robertson, 1988; Schaufeli, 1980). Registratie, FA, inzicht in de schemata zullen vereist zijn. Dit aktief en handelend ingrijpen van het individu leidt ook tot het onderbreken van andere niet-automatische aktiviteiten die in het leven vereist worden. Deze toestand wordt omschreven als "het dulling-effekt" waar niet al te veel kreativiteit van het individu op andere terreinen moet verwacht worden (Robertson, 1988; Tiffany, 1990).
Het vereiste aandachtsniveau zelf kan op verschillende wijzen onderbroken worden waarna de bestaande automatismen terug de overhand nemen (Broothaerts, 1990):
- alkohol interfereert snel op hoog-attentief niveau wat ten zeerste van belang is bij de procedure voor de doelstelling te drinken;
- sterke emotionele toestanden werken disruptief of self-monitoring (Van den Bergh, 1986);
- vermoeidheid;
- cognitieve stijlaspekten kunnen eveneens een invloed hebben (Cox, 1985).

Neuropsychologische deficits zijn de beste prediktoren voor het falen van behandeling wat uit het gepresenteerde model logisch valt af te leiden (Robertson, 1988; Sobell, 1988).

Herval: daar craving als voorwaarde vroeger sterk beklemtoond werd (bvb. in het medisch model) aksentueer ik nogmaals, gegeven de juiste omstandigheden, kunnen de nodige aktieschemata voor drinkgedrag in gang gezet worden en voltooid worden zonder craving. Vooral alkoholisten die nuchter werden zonder een zelfkontrole procedure als therapieonderdeel (bvb. AA) zullen hieraan onderhevig zijn. Bovendien zullen alle faktoren die het aandachtsniveau doen dalen de probabiliteit verhogen (Tiffany, 1990).

2. DE PSYCHOTHERAPEUTISCHE KONTEKST: KLEMTOON OP MOTIVEREN

Spreken over het falen van behandelingen bij alkoholproblemen is een gemeenplaats poneren (Fingarette, 1988). In de behandeling van drankproblemen werd tot hiertoe, met sterke aksentuatie, dit falen toegeschreven aan een gebrek aan motivatie van de kliënt voor therapie. Op zijn beurt is deze gebrekkige motivatie te wijten aan weerstand, aan een overmatig gebruik van het verdedigingsmekanisme, ontkenning (Miller, 1985). Door deze karakteristieken, patronen als universeel en inherent aan de persoonlijkheidsstruktuur van probleemdrinkers te hechten, kon en ging therapie maar een richting uit. Men moest de kliënt direkt en onverbiddellijk konfronteren met zijn probleem totdat hij na "hitting the bottom" tot het nodige inzicht en moti-

vatie zou komen. Alleen er bestaat niet zo iets als unieke eigenschappen van alkoholisten, evenmin als typische alkoholische persoonlijkheden en nog minder blijkt door de "Verelendungstheorie" de motivatie te worden gegenereerd.

Deze konceptie heeft dus allerminst bijgedragen tot behandelingssukses. Integendeel, men kan uit deze konceptualisatie van motivatie twee afleidingen maken: ofwel schrijft men de kliënt een gebrek aan wilskracht toe, dat hij niet hard genoeg probeert ofwel heeft hij een konstitutioneel deficit dat buiten zijn kontrole ligt (Miller, 1985). Volgens de door mij beschreven opvatting ontkent de eerste visie de enorme kracht van de automatische processen die in parallel met de nieuwe intenties werkzaam zijn en niet zomaar te stoppen zijn. De tweede konceptie ontmoedigt de aanpak door kliënt en therapeut, legt de mogelijkheid tot therapeutisch ingrijpen opzij, de notie van moeilijk, maar wijzigbaar gedrag wordt omgezet in onmogelijk en buiten bereik.

Om uit deze impasse te geraken is men gekomen tot een motivationeel model waarbij Miller (1985) motivationele interventies omschrijft als operaties die de probabiliteit van de kliënt verhogen om te beginnen met, door te zetten en mee en samen te werken aan een aktieve veranderingsstrategie. Dit impliceert dat men er van uitgaat dat men motivatie kan verhogen, beïnvloeden. Eveneens houdt dit in dat men gebrek aan motivatie als trek afschrijft, als iets ziet dat niet inherent is aan het individu maar veeleer het produkt is van de wijze waarop interaktioneel met de probleemdrinker werd omgesprongen, werd gekommunikeerd. Miller (1983) stelt eerder een weegschaalmodel voor: mensen met alkoholproblemen geven terzelfdertijd wel en niet problemen toe. Langs de ene kant drinkt de buurman veel meer, langs de andere kant zijn er misschien slaapproblemen. Het zal nu de taak van de therapeut zijn een proces op gang te brengen waarbij de bezorgde stemmetjes steeds toenemen.

Motiveren van een kliënt maakt dan ook integraal deel uit van het psychotherapeutisch proces.

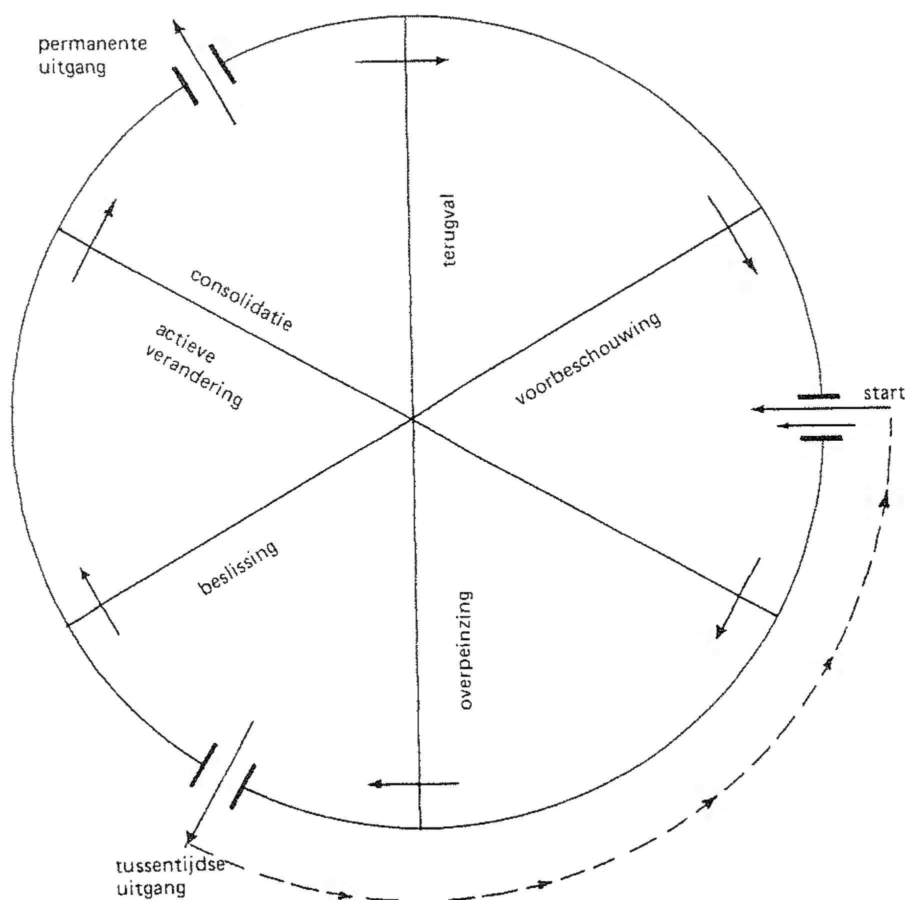
- Het etiket "alkoholist" schuift men opzij. Het suggereert dat het ziekte is, van buiten komt en men er niet al te veel kan aan doen.
  Centrale ingrediënten van alkoholisme als ziektebegrip werden ernstig in twijfel getrokken (Heather, 1989; Schippers, 1988) namelijk dat:
    - het een unieke en diagnosticeerbare eenheid is. Sommigen hebben het en anderen niet of de opvatting diskreet t.o.v. kontinu.
    - alkoholisme een voorspelbare progressie van symptomen heeft, het steeds slechter moet gaan.
    - kontroleverlies volgt op een drankje en matig drinken dus uitgesloten is als bijvoorbeeld therapiedoel.
    - levenslange abstinentie de enige uitweg is.

  De juistheid van al deze beweringen werd deskundig en onderbouwd in twijfel getrokken. Men moet zich eerder de vraag stellen vanwaar de persistentie komt om deze ideeën in het licht van overweldigende wetenschappelijke gegevens, te blijven aanhangen (Miller, 1987).
- Ontkenning is beïnvloedbaar, motivatie kan verhoogd worden.
- De individuele verantwoordelijkheid: de kliënt kiest zijn doel. Verschillende behandelingsdoelen worden mogelijk en de kliënt zal begeleid worden naargelang zijn doelstelling (zoals verder te bespreken).
- Interne attributie: het verwerpen van de ziekteopvatting houdt in dat de kliënt niet als hulpeloos gezien wordt maar als iemand die kontrole kan uitoefenen. Dit houdt ook in het voor-

stellen aan de kliënt van verslavingsgedrag als een gewoonte (Schippers, 1987), d.w.z. een moeilijk maar toch te beïnvloeden, te wijzigen gedrag.

Aangetoond kan nu worden, dat op basis van deze principes gebouwde interventies waarbij de kliënt onvoorwaardelijk aanvaard wordt (cfr. empathie begrip), een betekenisvolle therapeutische invloed kan uitoefenen (Miller, 1985).
Schippers (1988, p. 141) omschrijft het zo: het komt er niet meer op neer argumenten aan te dragen en te overtuigen maar wel om een atmosfeer te creëren waarin de kliënt zichzelf motiveert door de "ontkenningen" die hij doet. Om te kunnen komen tot weloverwogen beslissingen is het nodig dat de kliënt zich (sterker) bewust wordt van zijn gedrag en de aard en ernst van de gevolgen daarvan, van zijn motieven voor dat gedrag en eventuele tegenstrijdigheden daarin en van eventuele mogelijkheden tot verandering. Dit moet leiden tot bezorgdheid over de problemen en een grotere bereidheid tot verandering.

De motivationele interventies kunnen nu gekaderd worden in het model van stadia van verandering van Prochaska en Di Clemente (1988). Dit model werd gekonstrueerd vertrekkende van observaties over hoe mensen zelf signifikante veranderingen in hun gedrag doorvoeren zonder therapeutische tussenkomst en werd vergeleken met wat in therapeutische systemen gebeurt. Vaststelling: veranderingen zijn geen plots gebeuren maar verlopen gefaseerd.
De stadia zijn:



- prekontemplatie = voorbeschouwing. De persoon is zich absoluut niet bewust van enig probleem maar anderen zien het al erg duidelijk.
- kontemplatie = beschouwing. Er is een overwegen van een mogelijke problematiek maar dan in de zin van "Ja maar ...". Sommige zaken werden al eens beschouwd maar aan verandering is men absoluut niet toe.
- beslissing: hier wordt effektief het omslagpunt naar aktie gemaakt. Belangrijk is dat er verschillende alternatieven zijn.
- aktie: is wat we gewoonlijk de therapie noemen.
- konsolidatie: het bijhouden van de verworven verandering. Zeker in AA-termen een belangrijk segment omdat men in de beste situatie er voor de rest van zijn leven zou blijven inhangen (zie laatste hoofdtuk).
- herval: hergebruiken als alomgekend verschijnsel in de behandeling van verslavingsproblematiek. Meer als 90 procent gaat, bij de doelstelling abstinentie, op een bepaald tijdstip weer gebruiken.

Het inschatten van de faze waar de kliënt zich in bevindt, is erg belangrijk. Het heeft weinig zin iemand die aktiebereid is te laten antichambreren omdat je zonodig eerst zijn kindheidsperiode moet exploreren evenmin als over therapeutische aktie te praten zoals in de konfronterende aanpak als iemand nog voorbeschouwt. De therapeut schept onder andere empathie doordat hij door op de juiste faze in te spelen, toont dat hij geluisterd heeft, mee is (Miller, 1989).

De inschatting van het stadium geeft eigenlijk ook aan in welke mate de toegepaste gespreks-technieken een meer direktieve of niet-direktieve gewogenheid zullen hebben. In de eerste faze zullen judo-achtige technieken een belangrijke plaats innemen (Lange, 1978).
Uit onderstaande tabel blijkt dat het model van motivationeel interviewen nog op punt moest gesteld worden daar de vergelijkende oogst niet veel opleverde voor de eerste stadia.

The Stages of Change in which Particular Processes of Change are Emphasized the Most and the Least

Precontemplation	Contemplation	Action	Maintenance
Eight processes used the least	Consciousness-raising		
		Self-reevaluation	
		Self-liberation	
		Helping relationship	
		Reinforcement management	
			Counterconditioning
			Stimulus control

Prochaska & Di Clemente, 1986, p. 9

Men kan in dit motiverend gesprek gemakkelijkheidshalve 3 fazen onderscheiden:

- De uitlokfaze: de hulpverlener probeert de kliënt zelfmotiverende uitspraken te ontlokken waaruit moet blijken dat er sprake is van bewustwording van het probleem en de eventueel

eraan verbonden problematiek, dat de bezorgdheid blijkt toe te nemen en dat de noodzaak tot wijziging van het drinkgedrag erkend wordt.

- De informatiefaze: kliënt en therapeut gaan op zoek naar informatie (o.a. medische, psychologische) i.v.m. het probleemgebied. Deze informatie wordt neutraal aangeboden en men laat de kliënt zijn konklusies trekken. Je neemt als hulpverlener niet de bewijslast op je schouders.
- Onderhandelingsfaze: eens een besluit genomen tot verandering, worden de verschillende doelen besproken. De therapeut zal ook aangeven dat er voor elk doel een geëigende therapeutische procedure kan aangeboden worden.

Voor wie zich verder wil verdiepen in de gesprekstechnische details verwijs ik naar Miller, 1983; Schippers, 1988; Van Emst, 1988.

De beslissingsfaze

De kliënt kiest en beslist tot aktie naar een doel. Het kunnen aanbieden van meerdere alternatieven (abstinentie, gekontroleerd drinken, AA, antabuse, doordrinken, ...) zorgt ervoor dat kliënten vroeger instappen en bevordert de kollaboratie in de therapeutische relatie.
Gekontroleerd drinken wordt als een volwaardig doel gezien. Mijn kollega's en ik hebben dat in een vroegere voordrachtensessie reeds behandeld en de recentste literatuur ondersteunt het des te sterker (Heather, 1989; Taccoen, 1990).
Trouwens wanneer voor een gekozen doel na een aantal maanden de evaluatie plaatsvindt, kan nog altijd op een ander doel overgestapt worden door de kliënt.
Doordrinken is als doelstelling even goed mogelijk en moet door de therapeut aanvaard worden (Miller, 1983).
Trouwens de winst die uit de onvoorwaardelijke acceptatie voortvloeit, zal bij latere stappen van deze persoon voor zijn probleem, resulteren in hernemen van de therapie in volle vertrouwen in tegenstelling tot de kliënt die met de konfronterende methode bewerkt werd en voor wie de aanpak van de therapeut identiek is met die van de omgeving.

De plaats van de diagnostiek

Diagnostische gegevens worden niet alleen beschouwd als momentopnamen maar krijgen een procesmatig en motivationeel karakter door de manier waarop het diagnostisch materiaal wordt geïntegreerd.
De therapeut presenteert de gegevens, probeert niet iets te bewijzen met het materiaal. Hij geeft het kader aan waarbinnen de kliënt kan interpreteren en informeert als hij erom gevraagd wordt. Men laat m.a.w. de kliënt de konklusies trekken, uitspraken doen met de bedoeling zo ook weer de bezorgdheid op te drijven, het plaatsen van vraagtekens te verhogen.
Als diagnostisch materiaal kunnen gebruikt worden: de zelfregistratie van het drinkgedrag (waarop ik verder uitvoerig inga), bloedparameters, vragenlijsten (bvb. de MALT), neuropsychologische tests, e.d. Onafgezien van het motivationeel integreren, vervullen de resultaten ook andere funkties. De mogelijkheden tot vergelijking op meerdere tijdstippen samen met de kliënt, informatie over de neuropsychologische situatie die, indien er deficieten blijven, ons voorspelt dat een doel als matig drinken zo goed als niet haalbaar is, gezien de eisen die aan het hoog bewust cognitief funktioneren zullen gesteld worden (Robertson, 1988).

De voorgestelde integratie van het diagnostisch materiaal werd al meerdere malen onderzocht en positief geëvalueerd (Miller, 1988).

3. DE AKTIEFAZE

Deze faze zal verlopen volgens een zelfkontrole procedure (Lang, 1990). Mijn opvatting is trouwens dat een emancipatorische gedachte aan psychotherapie moet ten grondslag liggen. Ik zal enige ingrediënten beschrijven vertrekkende van de doelstelling matig drinken omdat ik abstinentie slechts als een bijzonder geval hiervan beschouw en in zekere zin zelfs als de "gemakkelijkste" weg (Broothaerts, 1990). Tot hiertoe lag een belangrijke klemtoon op het scheppen van een empathische relatie[2], het opbouwen van de relatie door negotiatie, de klemtoon op samen konstrueren, het vermijden van alle verantwoordelijkheid te leggen op de schouders van de therapeut (Higginbotham, 1988; Van Bilsen, 1985).

Vanaf nu wordt met de kliënt een kader genegotieerd waarin de zelfkontroleprocedure zal plaatsvinden:

- drinkgedrag wordt voorgesteld als een gewoonte. De connotatie is dat ze veranderbaar is, maar inzet vraagt. Dus beklemtonen van participatie en eraan werken buiten de gesprekssituatie.
- gewoonten zijn automatische processen die zullen moeten gestopt worden op een bepaald niveau al naargelang van de doelstelling, en die zullen moeten vervangen worden door nieuwe schemata (Schaufeli, 1980). Er zal inzet vereist zijn en hoe verslaafder, hoe sterker de externe kontrole is (Fonteyn, 1990). Hergebruiken, uitschuiven wordt als normaal voorgesteld. Falen wordt als het ware voorzien.
- we zullen moeten ontdekken hoe de schema's in gang worden gezet en brengen hier de registratie aan.
- we stellen voor dat als deze procedure een 3 à 4 maanden loopt er een substantiële vooruitgang moet op te merken zijn. Dus geen eindeloos proces maar mogelijkheid tot evaluatie creëren om eventueel op andere doelstellingen te kunnen overstappen. Uiteindelijk begint de kliënt toch maar aan een proces waar hij de keuze heeft tussen pest en cholera: als hij doorkrijgt dat het op lange termijn er niet al te positief uitziet, mag hij ook wel weten dat aan het drinkgedrag werken bij de aanvang een, soms ook letterlijk, pijnlijke en moeizame zaak is.

De registratietechniek wordt omschreven als een pivot die we de ganse duur van de therapie gaan gebruiken en verschillende funkties, in de loop van de behandeling, zal dienen. Men moet er dan ook voldoende tijd voor nemen, de kliënt zijn registratie bijschaven, hem vragen waarom het niet ging en zoeken hoe men het dan kan oplossen (bvb. ik kan in een café toch niet registreren). Een kliënt mag dan wel inzicht in en de intentie hebben om wat aan zijn drankproblematiek te gaan doen, maar als hij de moeilijkheidsgraad ontmoet, krijgt men weleens weerstand. De registratie omvat drie delen: het drinkgedrag zelf, de situatie die eraan voorafgaat en de wijze waarop het ophoudt. Ze dient de volgende funkties:

- het verhogen van het bewustzijn over het drinken zelf: de hoeveelheid, wat, hoe, enz. ... Ook het hebben van goesting moet genoteerd worden omdat het betrekking heeft op belangrijke

[2] zie bvb. ook Miller (1985) dat het realiseren daarvan niet altijd identiek is met de weg die Carl Rogers uitdacht.

momenten en bij abstinentie dus vrij centraal komt te staan.
- informatie over de interne of externe stimuluskonfiguraties en de nog aanwezige copingmekanismen. De registratie moet ons toelaten een funktionele analyse te maken en het invaliderend construct (Bakker-De Pree, 1987) op te sporen. Men komt hier immers zeer snel op het spoor van de eventuele samenhang met andere problematieken. Zeer dikwijls zal een behandeling dus meerdere sporen volgen. Zoals reeds aangehaald, beperk ik mij hier echter tot het drankgedrag zelf.
- de registratie laat toe samen met de kliënt te werken, te analyseren.
- het aktiviteitsprincipe wordt ermee geïnduceerd.

Registreren komt vanzelfsprekend ook in de voorafgaande stadia van verandering aan bod. Het kan zelfs zijn dat men niet bij het drinkgedrag begint maar wel bvb. met een slaapprobleem als centraal punt, m.a.w. met het staartprobleem (Orlemans, 1987) om daarna de focus te zien verschuiven.
Voor de kliënten wordt het ook een gewoonte, een te bewaren zelfhulptechniek.

Daar een stijgende dosis alkohol ook een stijgende inhibitie tot gevolg heeft van neutrale en psychologische funkties (Schippers, 1981), introduceren we het bloedalkoholgehalte begrip (BAG). Men kon aantonen dat vanaf 0,5 à 0,6 promille alkoholkonsumptie de efficiëntie van de niet-automatische processen, die nodig zijn om het drinkgedrag te stoppen, gehinderd wordt (Tiffany, 1990; Broothaerts, 1990). Het dempende effekt van alkohol op de cerebrale funkties bemoeilijkt aanzienlijk het initiëren van nieuwe schema's zodat men terugvalt op de automatische processen die vrij resistent zijn (tot op zeer hoog niveau) aan de effekten van alkohol. Het doordrinken, het kontroleverlies, ondanks alle goede intenties is dan ook voorgeprogrammeerd als men zich niet houdt aan zijn eigen BAG-tabel. In deze procedure zal de kliënt, rekening houdende met zijn geslacht en gewicht, per uur zijn eigen toegelaten konsumptie kunnen vaststellen. Verder wordt als wekelijkse limiet, de ook in de preventie gebruikelijke hoeveelheid van ongeveer 35 glazen bier of ekwivalenten voorgesteld. Deze hoeveelheden zijn gebaseerd op de bewezen samenhang tussen fysieke pathologieën en overmatig alkoholgebruik (Tack, 1989). Voor vrouwen liggen de hoeveelheden duidelijk lager. Men zal zijn kliënten ook moeten informeren over welke hoeveelheden aan mekaar ekwivalent zijn.
Het drinken in buien, op één avond het volledige weektotaal, wordt eveneens op grond van medische gegevens, niet aangeraden.

De kliënt zal nu met zijn nieuwe gedragsintenties komen te staan t.o.v. schema's die sterk geassocieerd zijn met een uitgebreid gamma van interne en externe stimuluskonfiguraties die de gewone gedragspatronen in gang zetten. Inzicht en intenties alleen zullen absoluut niet voldoende zijn om aan al deze geaktiveerde automatische processen het hoofd te bieden, maar individueel op maat gesneden S, S-R en R interventies zullen meer dan nodig zijn. Stimuluskontrole is de meest effektieve methode om automatische processen te inhiberen (Tiffany, 1990, p. 50).
Interventievoorbeelden zijn: drank op een andere plaats zetten, geen drank in huis, kleinere glazen, andere smaken, enz. ... Eens de handelingsketen aan de gang is, is vooralsnog afremmen, bvb. door minder te gebruiken, water en alkohol afwisselen enz. ... al wat moeilijker daar de gebruikersprocessen geaktiveerd zijn en dus verschillend van de abstinentieprocedure. Signifikante anderen kunnen hier een essentiële rol vervullen. De aandacht, de alertheid die het

individu kontinu moet ophouden, kan best wat geholpen door al deze interventies. Wanneer de drinker in de ijskast naar zijn fles grijpt maar ze er niet vindt, geeft hem dit de gelegenheid zijn voornemens terug in het bewustzijn te brengen, dit nog even te overdenken.
Konsekwent met onze theorie is de bevinding bij studies over spontane remissies (Heather, 1989), dat life events daarvoor dikwijls de aanleiding vormen. Men zal dus veel aandacht besteden aan het organiseren van de tijd, van de ruimte die vrijkomt door het wegvallen van het konsumeren. Bij al deze interventies zal de therapeut mee aktief konstrueren, mee voorstellen doen (cfr. dulling effect). De kliënt moet ervaren dat er buiten zijn drinken, andere zingevende zaken voor hem zijn. Het dulling effect (Heather, 1989; Robertson, 1988; Tiffany, 1990) dat nog weken na de gedragsverandering optreedt en resulteert uit het gelijktijdig opereren van oude en nieuwe schema's, laat immers niet veel ruimte voor de initiatie van veel andere nieuwe schema's. De nieuwe schema's die de automatische konsumptieprocessen moet inhiberen, opereren ook ten koste van andere aktiviteiten die niet-automatische processen vereisen. Vandaar dat men niet veel verder komt dan routine-aktiviteiten. Hoe meer dus de omgeving zich wijzigt, hoe gemakkelijker (cfr. life events), maar meestal is dit niet zo en heeft men een gemengd beeld. Ondertussen zullen buiten het drinkgedrag ook de andere problemen, indien ze er zijn, duidelijk worden: emotionele toestanden, familiale moeilijkheden, assertiviteitsproblemen, sociale omstandigheden, enz. ... Indien dit zo is, kan de therapeut eens het drinkgedrag wat afneemt, dan eindelijk heel zijn therapeutisch arsenaal voor alles en nog wat in de strijd gooien. Trouwens de kliënt die merkt dat hij zijn drinkgedrag effektief met de hulp van de therapeut onder de knie krijgt, zal eerder voldoende vertrouwen in de relatie hebben om verdere problemen te ontleden. Het is uiteindelijk de ervaring dat het anders kan, die de self-efficacy verhoogt en de doorslag geeft, en niet het onderhoud.

In deze procedure zal de kliënt ook beslissen op welke momenten hij zichzelf wil veroorloven eens door te zakken, en met welke frekwentie. Hij zal in staat moeten zijn dit te oefenen en vermijden dat dit niet de aanleiding wordt tot een hernieuwd probleemdrinken.

Aan de konsolidatiefaze met haar al of niet permanente uitgang zal ik het laatste hoofdstuk besteden.
Blijft nog het herval, het hergebruiken dat, zoals ik reeds vermeldde, van bij de aanvang als een totaal normale komponent die zich kan voordoen, gepresenteerd wordt. Uit herval zullen we iets leren, bvb. een setting die sterk geassocieerd is met gebruiken, maar tijdens de registratie niet veel voorkwam of ons helemaal ontsnapte. De kliënt moet er op voorbereid worden dat het meeste hervallen zonder zucht plaatsvindt. Je stelt het achteraf vast. Dit gebeurt dus wanneer de automatische processen zich kunnen ontplooien zonder dat interfererende kontrolerende processen werkzaam zijn. Het zal zo bvb. zijn als deze laatste op een andere taak gericht zijn. Interne emoties verbonden met drinken, hebben de neiging zich te ontplooien en niet toegankelijk te zijn voor de nieuwe schema's (Van den Bergh, 1986).
Dit impliceert ook dat hoe toegankelijker de drank is, hoe gemakkelijker het hervallen gebeurt. Ook vermoeidheid, daling van het bewustzijn geeft de automatische processen grotere vrijheid, zelfs na jaren.

Ik heb mij in deze schets beperkt tot enkele grote lijnen en ben niet ingegaan op de bijdrage van medikatie, echtpaaraanpak in het kader van de cirkel van Prochaska en Di Clemente, aversie therapie, zelfhulpgroepen enz. ... Voor een oriëntatie op deze en andere onderwerpen

verwijs ik naar het handboek voor behandeling van alkoholproblemen van R. Hester en W. Miller (1989) en M. Heather en I. Robertson (1989).

4. KONSOLIDATIE OF EXIT 'DE CIRKEL'

Zoals de AA-filosofie zegt: eens alkoholist, altijd alkoholist. Of zoals Robertson (1988) het wat meer in wetenschappelijke termen uitdrukt: kan een kliënt zijn nieuwe schema's initiëren die "... include self-awareness, self-monitoring, environmental monitoring, stimulus control, goal specification, decision making, scheduling and accessing memories of schemata, **among others**". Dit allemaal voor een nieuw schema dat met zijn lage probabiliteit staat t.o.v. een hypothetische set van schema's die automatisch geaktiveerd worden door een set van cues.
Als de kliënt nu zijn nieuw gedrag opbouwt blijft nog de vraag of nieuwe schema's opgebouwd worden en oudere door extinctie ophouden ofwel dat bestaande strukturen gekorrigeerd worden. In de behandeling van alkoholproblemen heeft men de indruk dat nieuwe schema's worden opgebouwd en prominenter worden en de oudere latent aanwezig blijven.
- Men kon aantonen dat de latentietijden om responsen te genereren op problematische drinksituaties steeds langer zijn, zelfs na jaren, ook als er geen subjektieve waarneming van is (Chaney, 1978). Zodanig dat de 'readiness' waarmee men reageert, als latentiemaat een goede prognose was.
- Ook na jaren blijven, gegeven de juiste omstandigheden, oude schema's geaktiveerd worden en voor herval zorgen.
De veronderstelling is dat interne of externe stimuluskonfiguraties onbewust, in parrallel, bevriende schema's aktiveren en dat een verhoogd bewustzijn alleen niet de geschikte schema's inhibeert, verhindert van bewust te worden. Vandaar schrijft Van den Bergh (1989, p. 17) dat aangezien tijdens extinctie iets nieuws wordt bijgeleerd (en niet iets wordt afgeleerd) dat geldig is in een bepaalde kontekst, is het begrijpelijk dat wat wordt bijgeleerd effektiever is naarmate de overeenkomst groter is tussen de omstandigheden waarin een betekenis ontstaan is en deze waarin ze wordt tegengesproken.

De konsekwenties daarvan zijn:
- Vrij vlug dacht men door extinctieprocedures d.m.v. blootstelling aan bijvoorbeeld een glas, een blik, resultaten te boeken. De resultaten daarvan zijn ontgoochelend daar eens terug in de volledige stimulusomgeving de automatische processen uitgelokt worden. Sukses boekten wel die auteurs die systematisch de problematische situaties aangrepen (Blakey, 1980; Drummond, 1990). Een aktieve strategie zal vereist zijn en niet een vermijden.
- De ambulante aanpak is te verkiezen. De verslaafde die na een lange residentiële behandeling terugkeert in zijn dagelijkse omgeving kan al onmiddellijk gekonfronteerd worden met het cravingfenomeen. Een groot deel van zijn therapie begint dan pas.
- Hoe konsekwenter, hoe sneller en frekwenter de problematische konteksten worden geoefend, aangepast, hoe sneller en sterker het resultaat zal zijn. Vandaar dat men na een 3-tal maanden al resultaat mag verwachten. Nadien nog een 8 à 9 maanden om de zelfkontroletechnieken verder te oefenen en te verfijnen, maar ook om minder frekwente situaties nog op te vissen en te oefenen.
- De observatie van de life-events als faciliterend vindt zijn weerspiegeling in het ontstaan van schema's die probleemdrinken niet omvatten.

Is het dan mogelijk om verder te gaan dan de gekontroleerde drinker met zijn verhoogde aandacht, zijn limieten in zijn hoofd, drankjes tellen, enz. Dat is immers wat anders als de "normale" drinker die deze self-monitoring niet nodig heeft (Blume, 1987). Ja, indien men de hiervoor geschetste konsekwenties kan uitvoeren in een vanzelfsprekend voor iedereen idiosyncratische wijze. Subjektief zal, indien deze procedure in de gunstigste omstandigheden doorlopen wordt, geen rapportage van problemen meer opduiken. Terzelfdertijd echter blijven de oude schema's latent aanwezig en kunnen steeds opgeroepen, geaktiveerd worden, zelfs na jaren. De zelfkontroleprocedure zal ook dan hergebruiken beperken. Ik zou het zo willen stellen: de kliënt kan, praktisch gesproken, door de exit gaan, theoretisch is hij gekonsolideerd.

BIBLIOGRAFIE

Bakker-De Pree, B. (1987), Constructionele gedragstherapie. Nijmegen, Dekker & Van de Veght.

Blakey, R., R. Baker (1980), An exposure approach to alkohol abuse, Behaviour Reseach and Therapy, 18, p. 319-325.

Blume, S., J. Merry, D. Raistrick (1987), Is controlled drinking possible for the person who has been severely alcohol dependent? The British Journal of Addiction, 82, p. 237-255 en p. 841-847.

Broothaerts, J.P. (1990), Theoretische achtergronden van gekontroleerd drinken **in**: Taccoen, L., R. Peeters (red.) (1990), Gekontroleerd drinken. Brussel, VAD, p. 19-35.

Chaney. E., M. O'Leary, G. Marlatt (1978), Skill training with alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, p. 1092-1104.

Cox, W. (1985), Personality correlates of substance abuse **in**: Calizio, M., S. Maisto (Eds.) (1985), Determinants of substance abuse. New York, Plenum Press, p. 209-246.

Drummond, D. a.o. (1990), Conditioned learing in alcohol dependence: implications for cue exposure treatment. British Journal of Addiction, 85, p. 725-743.

Eelen, P. (1988), Leerpsychologie en gedragstherapie **in**: Orlemans, J. e.a. (Red.) (1986), Handboek voor gedragstherapie. Deventer, Van Loghum-Slaterus, p. F3: 1-122.

Fingarette, H. (1988), Heavy drinking: the myth of alcoholism as a disease. Berkeley, University of California Press.

Fonteijn, W. (1990), Cursusreader zelfcontrole. Utrecht, NIAD.

Harré, R., P. Secord (1972), The explanation of social behaviour. Oxford, Blackwell.

Heather, N. (1989), Controlled drinking treatment: where do we stand today? **in**: Loberg, T. a.o. (Eds.)(1989), Addictive Behaviours: prevention and early intervention. Amsterdam, Swets & Zeitlinger.

Heather, N., I. Robertson (1989), Problem drinking. Oxford, Oxford University Press.

Higginbotham, H. a.o. (1988), Psychotherapy and behavior change. New York, Pergamon Press.

Lang, A., M. Kidorf (1990), Problem drinking: cognitive-behavioral strategies for self-control **in**: Thase, M. a.o. (Eds.)(1990), Handbook of outpatient treatment of adults. New York, Plenum Press.

Lang, P. (1985), De cognitieve psychofysiologie van de emotie **in**: Filet, B. e.a. (Red.)(1985), Psychotherapeutisch Paspoort, Deventer, Van Loghum Slaterus, p. 3.3-3.62.

Lange, A. (1978), Judo, oftewel het niet trekken aan kliënten **in**: Van der Velden, K. (Red.) (1978), Directieve therapie I, Deventer, Van Loghum Slaterus, p. 88-108.

Litman, G. (1974), Stress, affect and craving in alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 35, p. 131-146.

Miller, W. (1983), Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioral Psychotherapy, 11, p. 147-172.

Miller, W. (1985), Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98, p. 84-107.

Miller, W. (1987), Behavioral Alcohol treatment research advances: barriers to utilization. Advances in behaviour research and therapy, 9, p. 147-164.

Miller, W. a.o. (1988), Motivational interviewing with problem drinkers II: the drinkers check-up as a preventive intervention. Behavioral Psychotherapy, 16, p. 251-268.

Miller, W. (1989), Increasing motivation for change in: Hester, R., W. Miller (Eds.)(1989), Handbook of alcoholism treatment: effective alternatives. New York, Pergamon Press, p. 67-80.

Newlin, D., J. Thomson (1990), Alcohol Challenge with sons of alcoholics: a critical review and analysis. Psychological Bulletin, 108, p. 383-402.

Orlemans, J. (1987), Modellen voor probleemkeuze en functieanalyse in: Orlemans, J. e.a. (Red.)91986), Handboek voor gedragstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus, p. A17: 1-28.

Prochaska, J., C. Di Clemente (1988), Towards a comprehensive model of change in: Miller, W., N. Heather (Eds.)(1988), Treating addictive behaviors: processes of change. New York, Plenum Press, p. 3-27.

Robertson, I. (1988), Cognitive processes in addictive behavior change in: Miller, W., N. Heather (Eds)(1988), Treating addictive behaviors: processes of change. New York, Plenum Press, p. 319-330.

Schaufeli, W. e.a. (1980), Gedragstherapie vanuit handelingstheoretisch perspectief. Psychologie en Maatschappij, 3, p. 409-427.

Schippers, G. (1981), Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek. Lisse, Swets & Zeitlinger.

Schurig, V. (1976), Die Entsehung des Bewusstseins. Frankfurt, Campus Verlag.

Sobell, L., M. Sobell, T. Nirenberg (1988), Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: a review with emphasis on clinical application. Clinical Psychology Review, 8, p. 14-54.

Taccoen, L. e.a. (Red.)(1990), Gekontroleerd drinken. Brussel, VAD.

Tack, M. (1989), Vroegdetectie van alcoholproblemen. Gent, CAT.

Tiffany, S. (1990), A cognitive model of drug urges and drug use behavior. Psychological Review, 97, p. 147-168.

Van Bilsen, H. (1985), Valkuilen voor de therapeut: verslavingsproblemen. Tijdschrift voor Psychotherapie, 11, p. 192-195.

Van den Bergh, O., P. Eelen (1986), Emotie en representatie in: Orlemans, J. e.a. (Red.)(1986), Handboek voor gedragstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus, p. F2: 1-38.

Van den Bergh, O. e.a. (1989), Blootstelling en habituatie. Gedragstherapie, 22, p. 3-21.

Van Emst, A. (1988), Overmatig alcoholgebruik. Utrecht, NIAD.

Van Parreren, C. (1988-1989), Principes van de handelingspsychologie I & II. Handelingen, 3 & 4, p. 5-31 & p. 52-77.

Van Rappard, J. (1987), Handelingspsychologie. Ontwerp van een historisch ordeningskader. Handelingen, 1, p. 14-29.